

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Faculté d'éducation

Comportements sexuels problématiques chez les enfants : profil psychosocial et
comparaisons selon l'âge et le sexe

par

David Alejandro Fuentes Alvarado

Mémoire présenté à la Faculté d'éducation

en vue de l'obtention du grade de

Maître ès Sciences (M.Sc.)

Psychoéducation

Avril 2019

© David Alejandro Fuentes Alvarado, 2019



Faculté d'éducation

Comportements sexuels problématiques chez les enfants : profil psychosocial et
comparaisons selon l'âge et le sexe

David Alejandro Fuentes Alvarado

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Marc Tourigny

Directeur de recherche

Isabelle Thibault

Autre membre du jury

Myriam Laventure

Autre membre du jury

Mémoire accepté le _____

SOMMAIRE

Ce mémoire porte sur les enfants présentant des comportements sexuels problématiques (CSP) et leur figure parentale. Ce phénomène suscite l'intérêt des chercheurs depuis les années 1980, en raison des répercussions individuelles, familiales et sociétales qu'il engendre. Le principal objectif de cette recherche consiste à décrire le profil psychosocial et les comportements sexuels d'enfants avec des CSP. Les objectifs secondaires consistent à comparer le profil psychosocial et les comportements sexuels de ces enfants selon l'âge et le sexe.

L'une des particularités de cette recherche est qu'elle utilise un modèle théorique récent qui semble prometteur, afin d'évaluer le profil psychosocial d'enfants manifestant des CSP. Il s'agit du modèle théorique de Friedrich (2007) inspiré des travaux de Greenberg, Speltz et DeKlyen (1993) et légèrement adapté par Boisvert, Tourigny, Lanctôt et Lemieux (2016). Cette étude est donc la première à s'être attardée aux objectifs cités plus tôt, en s'appuyant sur ledit modèle théorique. Les résultats qui en découlent sont également les premières marques d'explorations d'une population d'enfants encore peu étudiée.

Cette recherche est menée auprès de 97 enfants âgés de 5 à 13 ans ($M = 9,3$ ans ; $\text{é.t.} = 2,1$) et leur figure parentale, ayant reçus des services au Centre d'expertise Marie Vincent. Des tests univariés ont été réalisés, à partir des données récoltées par questionnaires et entrevues administrés aux participants, soit les enfants et leurs parents, lors de l'évaluation clinique avant un traitement. Ainsi, une multitude d'informations ont été récoltées, notamment par les instruments suivants : Dominic Interactif, Achenbach System of Empirically Based Assessment, Children's Depression Inventory, Source of Stress Inventory, Child Dissociative Checklist, Indice de Détresse Psychologique, Revised Conflict Tactics Scales, Kiddie Schedule For Affective Disorders And Schizophrenia For School-Age Children, Alabama Parenting Questionnaire, Parent Behavior And Attitudes Questionnaire, Kerns Security Scale et Child Sexual Behavior Checklist.

Les résultats montrent que les enfants présentent un profil psychosocial et des comportements sexuels hétérogènes, c'est-à-dire qu'une multitude de caractéristiques sont observées dans des proportions minoritaires. Il existe toutefois quelques caractéristiques communes présentes chez la majorité des enfants/parents, soit : la présence de trouble de comportement chez les enfants, la maltraitance dont ils ont été victimes, et la violence conjugale psychologique vécue par leurs parents, et dont les enfants ont été témoins. En ce qui concerne les comparaisons selon l'âge et le sexe, peu de différences distinguant les enfants selon le profil psychosocial et les comportements sexuels sont observées. Ces résultats semblent cohérents, entre autres, avec les modalités de traitement utilisées par les programmes probants.

Ces constats démontrent que les enfants manifestant des CSP et leurs parents ont plusieurs besoins à traiter sur différents plans. Cela impliquerait une évaluation holistique des différents domaines de vie de l'enfant, lorsque des CSP sont manifestés.

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE	3
DÉDICACE	9
REMERCIEMENTS	10
PREMIER CHAPITRE - PROBLÉMATIQUE	11
1. DÉFINITION DES CSP À L'ENFANCE.....	11
2. PRÉVALENCE DES CSP.....	12
3. MODÈLE THÉORIQUE EXPLIQUANT L'ÉTILOGIE ET LE MAINTIEN DES CSP....	14
3.1 Les facteurs individuels prédisposant aux problèmes de comportement	14
3.2 Les stressors affectant la capacité des parents à fournir des soins optimaux à leur enfant	15
3.3 Les pratiques parentales coercitives	15
3.4 La perturbation du développement psychosexuel de l'enfant	16
3.5 La qualité de l'attachement parent-enfant	17
3.6 Objectifs de l'étude et question de recension	18
DEUXIÈME CHAPITRE – RECENSION DES ÉCRITS	19
1. MÉTHODE DE RECENSION.....	19
2. CARACTÉRISTIQUES ET LIMITES DES ÉTUDES RECENSÉES	21
2.1 Principales caractéristiques observées	21
2.2 Validité de conclusion statistique	23
2.3 Validité interne	23
2.4 Validité externe.....	24
3. RÉSULTATS DES ÉTUDES	25
3.1 Les facteurs individuels prédisposant aux problèmes de comportement	25
3.2 Les pratiques parentales coercitives	26
3.3 La perturbation du développement psychosexuel de l'enfant	27
3.4 Comparaison des comportements sexuels	28
4. OBJECTIFS DU PROJET DE RECHERCHE.....	29
4.1 Pertinence sociale	29

4.2	Pertinence scientifique.....	31
TROISIÈME CHAPITRE - MÉTHODOLOGIE.....		32
1.	CONTEXTE DE L'ÉTUDE.....	32
2.	DEVIS.....	32
3.	PARTICIPANTS.....	32
4.	DÉROULEMENT	33
5.	INSTRUMENTS DE MESURE	33
5.1	Les facteurs individuels prédisposant aux problèmes de comportement	34
5.2	Les stressseurs affectant la capacité des parents à fournir des soins optimaux à leur enfant	38
5.3	Pratiques parentales coercitives	39
5.4	La perturbation du développement psychosexuel de l'enfant	41
5.5	La qualité de l'attachement parent-enfant	41
5.6	Les comportements sexuels et leurs caractéristiques contextuelles....	42
6.	MÉTHODE D'ANALYSE DES DONNÉES.....	42
QUATRIÈME CHAPITRE - RÉSULTATS		44
1.	DESCRIPTION ET COMPARAISON DU PROFIL PSYCHOSOCIAL	44
1.1	Description démographique.....	44
1.2	Les facteurs individuels prédisposant aux problèmes de comportement	44
1.3	Les stressseurs affectant la capacité des parents à fournir des soins optimaux à leur enfant	48
1.4	Pratiques parentales coercitives	49
1.5	La perturbation du développement psychosexuel de l'enfant	51
1.6	La qualité de l'attachement parent-enfant	52
1.7	Synthèse du profil psychosocial	52
2.	DESCRIPTION ET COMPARAISONS DES COMPORTEMENTS SEXUELS.....	54
2.1	Description et comparaison des comportements sexuels.....	54
2.2	Caractéristiques contextuelles des comportements sexuels.....	57
2.3	Synthèse des comparaisons selon l'âge et le sexe	59

CINQUIÈME CHAPITRE - DISCUSSION	60
1. PROFIL PSYCHOSOCIAL ET COMPORTEMENTS SEXUELS D'ENFANTS AYANT DES CSP	60
2. COMPARAISONS SELON L'ÂGE ET LE SEXE.....	64
3. IMPLICATIONS CLINIQUES	67
4. FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE.....	70
4.1 Limites de l'étude	70
4.2 Forces de l'étude.....	71
CONCLUSION	72
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	73
ANNEXE A – TABLEAUX 1 À 14	82

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 – Caractéristiques des études recensées	82
Tableau 2 – Comparaisons statistiques des variables du profil psychosocial, selon l'âge des enfants	84
Tableau 3 – Comparaisons statistiques des variables du profil psychosocial, selon le sexe des enfants	85
Tableau 4 – Comparaison des comportements sexuels (CS) selon l'âge.....	86
Tableau 5 – Comparaison des comportements sexuels (CS) selon le sexe.....	87
Tableau 6 – Description démographique des familles	88
Tableau 7 – Description et comparaisons statistiques (khi deux) des facteurs individuels prédisposant aux problèmes de comportement en fonction de l'âge et du sexe de l'enfant.....	89
Tableau 8 – Description et comparaisons statistiques (test U et test t) des facteurs individuels prédisposant aux problèmes de comportement en fonction de l'âge et du sexe de l'enfant.....	91
Tableau 9 – Description et comparaisons statistiques (khi deux et test U) des stressseurs affectant la capacité des parents à fournir des soins optimaux à leur enfant, en fonction de l'âge et du sexe de l'enfant.....	92
Tableau 10 – Description et comparaisons statistiques (khi deux, test t et test U) des pratiques parentales coercitives, en fonction de l'âge et du sexe de l'enfant	93
Tableau 11 – Description et comparaisons statistiques (khi deux et test U) de la perturbation du développement psychosexuel de l'enfant, en fonction de l'âge et du sexe.....	95
Tableau 12 – Description et comparaisons statistiques (test U) des scores obtenus par les enfants aux échelles de sentiment de sécurité du Kerns Security Scale, en fonction de l'âge et du sexe de l'enfant	96
Tableau 13 – Proportions d'enfants ayant émis des comportements sexuels au courant de leur vie et comparaisons statistiques en fonction de l'âge et du sexe .	97
Tableau 14 – Proportions d'enfants dont leurs comportements sexuels (CS) présentent des caractéristiques contextuelles et comparaisons statistiques en fonction de l'âge et du sexe	100

DÉDICACE

Je dédie ce mémoire aux enfants ayant participés à cette recherche. Je vous remercie du fond du cœur et vous souhaite le meilleur pour l'avenir.

REMERCIEMENTS

Je remercie tout d'abord M. Marc Tourigny, mon directeur de recherche, pour son suivi de qualité et les apprentissages en or dont il m'a fait profiter. Je le remercie de m'avoir partagé son expérience et ses méthodes de travail, lesquelles me serviront tout au long de ma carrière.

Je remercie ensuite les membres de ma famille, pour leur soutien et leurs encouragements. Ils sont les premiers à croire en mes capacités et mes projets, m'encourageant ainsi à relever des défis plus importants.

Finalement, je remercie mon amie, ma complice, ma partenaire, Sara, pour sa présence et son aide, tout au long de mes études en psychoéducation.

PREMIER CHAPITRE

PROBLÉMATIQUE

Ce mémoire, qui porte sur les enfants présentant des comportements sexuels problématiques (CSP) et leur figure parentale, vise deux objectifs. Le premier consiste à décrire le profil psychosocial et les comportements sexuels d'enfants avec CSP. Le second consiste à comparer le profil psychosocial et les comportements sexuels de ces enfants selon l'âge et le sexe. Le premier chapitre décrit divers aspects de la problématique, tels que la définition des CSP, les taux de prévalence, le modèle théorique expliquant l'étiologie et le maintien des CSP, et la question de recension. Le deuxième chapitre présente la méthode de recension des écrits, les caractéristiques et limites des études recensées, et les résultats présentés en fonction du modèle théorique. Le troisième chapitre décrit la méthodologie élaborée afin de répondre aux objectifs de recherche. Le quatrième chapitre présente l'ensemble des résultats. Le cinquième chapitre présente finalement une discussion entourant ces résultats.

1. DÉFINITION DES CSP À L'ENFANCE

Des chercheurs observent un intérêt grandissant pour les CSP dans les milieux cliniques et scientifiques, depuis le début des années 1990 (Gagnon, Bégin et Tremblay, 2006 ; Hershkowitz, 2011 ; St-Amand, Saint-Jacques et Silovsky, 2011). Avant les années 2000, aucune définition consensuelle n'était établie afin de déterminer ce qu'était un CSP (Hall, Mathews et Pearce, 1998). De plus, il existe, encore aujourd'hui, un large éventail de termes désignant les CSP (Szanto, Lyons et Kisiel, 2012), par exemple, on parlera de comportements sexuels intrusifs, de comportements sexuels inappropriés, de comportements d'abus sexuels, de comportements sexuels agressifs, ce qui occasionne une certaine confusion dans les écrits scientifiques (Grossi, Lee, Schuler, Ryan et Prentky, 2016).

En réponse à l'intérêt grandissant pour cette problématique et au manque de définition consensuelle des CSP, l'Association for the Treatment of Sexual Abusers (ATSA) (Chaffin, Berliner, Block, Johnson, Friedrich, Louis *et al.*, 2006) a donné comme mandat à un groupe de 11 chercheurs de produire un guide de pratiques portant sur les CSP. Ce rapport définit les CSP comme étant :

des comportements impliquant des parties sexuelles du corps (c.-à-d., les parties génitales, l'anus, les fesses ou les seins), adoptés par des enfants âgés de 12 ans et moins, qui sont inappropriés au plan développemental ou qui sont potentiellement dangereux pour eux-mêmes ou pour les autres. (Chaffin *et al.*, 2006 ; p. 3, traduction libre).

Au plan développemental, les comportements sexuels seront jugés problématiques si : 1) ils se produisent à une fréquence et à une intensité s'éloignant de la norme, persistent davantage dans le temps ou surviennent à un âge plus précoce que ce qui est attendu, par rapport aux comportements d'enfants d'âge ou de stade développemental similaire ; 2) ils accaparent l'enfant et nuisent à son développement (p. ex. : remplacent des intérêts ou des activités qui sont appropriés d'un point de vue développemental) ; et 3) ils persistent malgré les interventions d'un adulte (Chaffin *et al.* 2006).

Pour statuer si le comportement sexuel présente un danger potentiel pour l'enfant qui l'émet ou l'enfant qui le subit, il est important de considérer les facteurs suivants : la différence d'âge et de niveau de développement des enfants impliqués, l'usage de la force, de coercition ou d'intimidation et la présence de blessures physiques ou une détresse émotionnelle chez les enfants impliqués (Chaffin *et al.*, 2006 ; Kellogg, 2009 ; Suissa, Balençon et Roussey, 2010).

2. PRÉVALENCE DES CSP

Selon Dufour, Tougas, Tourigny, Paquette et Hélie (2017) : « aucune étude populationnelle ne permet de décrire l'incidence ou la prévalence des CSP chez les enfants ». Ceci dit, des taux de prévalence ont été observés parmi les enfants pris en

charge par les services de protection de la jeunesse. Les études montrent que de 7 à 15 % de ces enfants manifestent des CSP (Association des Centres jeunesse du Québec, 2000 ; Dufour *et al.*, 2017 ; Hélie, Turcotte, Trocmé et Tourigny, 2012 ; Lepage, Tourigny, Pauzé, McDuff et Cyr, 2010). Aussi, parmi les personnes présumées avoir commis une infraction sexuelle en 2013, 2 % sont des enfants âgés de 11 ans et moins (Gouvernement du Québec, 2015). Certaines proportions en fonction de l'âge et du sexe des enfants suggèrent qu'il existe des différences entre ces sous-groupes.

En ce qui concerne les taux de prévalence en fonction de l'âge des enfants, il semble que les plus jeunes enfants seraient plus à risque de développer des CSP. En effet, selon la recension systématique menée par Boisvert, Tourigny, Lanctôt et Lemieux (2016), quatre études sur neuf montrent que : « les enfants plus jeunes sont plus disposés à manifester des CSP que les enfants plus vieux, alors que les autres études ne constatent aucune différence significative ». De même, l'étude de Lévesque, Bigras et Pauzé (2010), menée auprès de 188 enfants pris en charge par les services de protection de la jeunesse du Québec, montre que lorsque les problèmes extériorisés et le sexe des enfants sont contrôlés, les plus jeunes enfants sont plus à risque de développer des CSP.

En fonction du sexe des enfants, la recension de Boisvert *et al.* (2016), montre que de façon générale : « les études possédant une meilleure qualité méthodologique indiquent que les garçons sont plus à risque de manifester des CSP que les filles ». Par exemple, l'étude de Szanto, Lyons et Kisiel (2012) montre que parmi 5 976 enfants et adolescents (dont l'âge moyen est de 11,5 ans) pris en charge par des services de protection de la jeunesse aux États-Unis, une plus forte proportion de garçons présente des CSP (33,3 % vs 21,5 % des filles). Le phénomène des CSP pourrait donc se présenter différemment selon le sexe et l'âge des enfants.

3. MODÈLE THÉORIQUE EXPLIQUANT L'ÉTIOLOGIE ET LE MAINTIEN DES CSP

Cette section traite premièrement d'un modèle théorique prometteur, expliquant le développement et le maintien des CSP. Il s'agit du modèle théorique de Friedrich (2007) inspiré des travaux de Greenberg, Speltz et DeKlyen (1993) et récemment adapté par Boisvert *et al.* (2016). Ce modèle théorique, qui explique le développement et le maintien des CSP par l'accumulation et l'interaction de cinq domaines de facteurs de risque, est ici utilisé afin de décrire le profil psychosocial des enfants avec CSP. Chaque paragraphe qui suit débute avec une définition du domaine de risque, il énumère ensuite les principaux facteurs de risque associés aux enfants avec CSP, recensés par Boisvert *et al.* (2016) et il se termine avec les principales caractéristiques psychosociales de ces enfants.

3.1 Les facteurs individuels prédisposant aux problèmes de comportement

Ce domaine comprend les facteurs de risque individuels qui prédisposent l'enfant à présenter des problèmes de comportement. Selon Greenberg *et al.* (1993), certaines caractéristiques biologiques résultant de dysfonctions du lobe frontal gauche seraient impliquées dans le développement de problèmes de comportements. Friedrich (2007) suggère que d'autres caractéristiques individuelles peuvent également jouer un rôle. Par exemple, le sexe masculin et certains traits de tempérament (p. ex. : l'inflexibilité), ont aussi une influence sur le développement de problèmes de comportements (Lahey, Waldman et McBurnett, 1999). La recension systématique de Boisvert *et al.* (2016) montre que les enfants ayant des CSP, comparativement à ceux qui n'en présentent pas, sont plus susceptibles de présenter des comportements extériorisés, ont une fréquence plus élevée de comportements sexuels, ont plus de comportements délinquants ou agressifs, sont plus à risque de présenter des symptômes de stress post-traumatique, et présentent plus de déficits quant aux compétences sociales. À titre d'exemple, les proportions de problèmes de comportements d'une plus récente étude menée par Dufour *et al.* (2017), montrent que 20,8 % des enfants avec

CSP ont un trouble de comportement, 43,1 % ont des problèmes de fonctionnement extériorisés et 66,7 % ont des problèmes de fonctionnement intériorisés.

3.2 Les stressseurs affectant la capacité des parents à fournir des soins optimaux à leur enfant

Ce domaine de risques concerne les stressseurs qui nuisent à la qualité des soins offerts par les parents aux enfants. Il comprend les caractéristiques des parents (niveau d'éducation, problèmes de santé mentale, abus de substances et engagement dans des activités criminelles), le fonctionnement conjugal (présence de violence) et certaines caractéristiques du milieu de vie (pauvreté et surpopulation) (Boisvert *et al.*, 2016). Le cumul des stress pourrait avoir une influence directe sur le développement de comportements perturbateurs chez l'enfant (Friedrich, 2007) de même qu'un effet indirect, en influençant négativement les pratiques parentales, qui se répercutent à leur tour sur les comportements des enfants (Greenberg *et al.*, 1993). La recension systématique de Boisvert *et al.* (2016) montre qu'une plus forte proportion d'enfants avec CSP vivent dans une famille monoparentale ou dont les parents sont divorcés, sont plus nombreux à avoir vécu la mort d'un membre de la famille immédiate et le retrait du domicile familial. Aussi, ces enfants sont plus susceptibles de vivre dans une famille à faible statut socioéconomique. La récente étude de Dufour *et al.* (2017) confirme la présence de certains de ces stressseurs alors que 55,6 % des enfants avec CSP vivent dans un type de famille qui n'est pas biparentale ou reconstituée, et que 23 % des enfants avec CSP vivent dans une famille éprouvant des difficultés financières.

3.3 Les pratiques parentales coercitives

Ce domaine se réfère aux pratiques parentales punitives, inappropriées, aux modelages des comportements coercitifs et à l'absence de comportements positifs de la part du parent. En effet, les pratiques parentales punitives ou inappropriées sont d'importants facteurs de risque du développement des comportements perturbateurs chez les enfants (Keenan, 2003 ; Sheehan et Watson, 2008). Les comportements

coercitifs de l'enfant peuvent aussi être modelés par plusieurs formes d'exposition à la violence (violence conjugale, activités criminelles, violence dans la communauté, violence à l'école) (Boisvert, Tougas, Gamet et Tourigny, 2017). Finalement, l'absence de comportements positifs de la part des parents, tels que des échanges positifs, l'intérêt accordé aux activités de l'enfant et l'expression affective, est un facteur de risque au développement des comportements perturbateurs chez l'enfant (Greenberg *et al.*, 1993).

La recension systématique de Boisvert *et al.* (2016) montre que jusqu'à maintenant « peu de liens significatifs ont été établis entre la présence de CSP chez les enfants et les pratiques parentales coercitives », notamment en ce qui concerne les formes de maltraitance. Les auteurs expliquent que c'est probablement dû au fait que la composition des échantillons est majoritairement clinique, ce qui rend difficile l'identification de liens significatifs. Néanmoins, ils notent que trois études sur six établissent un lien entre le fait d'être témoin de violence (violence conjugale, activités criminelles, violence dans la communauté, violence à l'école) et la présence de CSP, et que deux autres études montrent que les parents d'enfants avec CSP semblent percevoir davantage négativement leur enfant, comparativement aux parents d'enfants qui ne présentent pas de CSP. À titre d'exemple, Dufour *et al.* (2017) observent chez les enfants avec CSP que 19,4 % sont victimes d'abus physique ; 31,9 % sont victimes de négligence ; 1,4 % sont victimes d'abus psychologique ; et 12,5 % ont été exposés à de la violence conjugale.

3.4 La perturbation du développement psychosexuel de l'enfant

Le développement psychosexuel de l'enfant peut être perturbé par l'expérience d'agression sexuelle et par d'autres événements, comme : vivre dans un environnement familial où les membres exhibent des comportements sexuels inappropriés ; être exposé à de la pornographie ou à du contenu sexuel dans les médias ; ou être témoin de comportements sexuels (p. ex. : être accidentellement témoin d'une relation sexuelle entre parents) (Friedrich, 2007). Ces événements peuvent engendrer chez l'enfant des

modes d'entrée en relation sexualisés et/ou des comportements sexuels autodirigés (Friedrich, 2007).

La recension de Boisvert *et al.* (2016) montre que les enfants ayant des CSP sont plus à risque d'avoir été victimes d'agression sexuelle et d'avoir été exposés à des gestes sexuels explicites dans le milieu familial ou exposés à de la nudité (directe ou par la pornographie), comparativement aux enfants sans CSP. Par exemple, dans l'étude de Boisvert, Tourigny, Lanctôt, Gagnon et Tremblay (2015) menée auprès de 117 enfants CSP, les enfants présentant des CSP ont en moyenne été exposés à 1,4 événement sexuel (soit de la nudité à la télévision, une relation sexuelle à la télévision ou une relation sexuelle entre les parents). Dufour *et al.* (2017) observent que 24 % des enfants CSP de leur échantillon ont été victimes d'agression sexuelle.

3.5 La qualité de l'attachement parent-enfant

La relation d'attachement parent-enfant est en interaction constante avec les autres domaines du modèle puisqu'elle varie dans le temps selon les événements et les caractéristiques de l'environnement familial (Greenberg *et al.*, 1993). Aussi, le développement d'un attachement de type insécure est un facteur de risque aux difficultés relationnelles, à l'absence d'auto-contrôle et au développement de comportements perturbateurs (Greenberg *et al.*, 1993). Les conséquences liées au développement d'un attachement de type insécure pourraient expliquer les comportements sexuels autodirigés qui auraient une fonction d'auto-apaisement (Friedrich, 2007). En ce qui concerne l'apparition de comportements sexuels intrusifs, elle pourrait être expliquée par un problème de frontières interpersonnelles diffuses. La recension de Boisvert *et al.* (2016) montre qu'aucune étude n'a exploré directement le rôle de l'attachement comme facteur associé aux enfants manifestant des CSP. Toutefois, depuis la publication de cette recension, l'étude de Dufour *et al.* (2017) s'est penchée sur la question, et montre que 33,3 % des enfants avec CSP vivent un problème d'attachement.

3.6 Objectifs de l'étude et question de recension

Le principal objectif de ce mémoire consiste à décrire le profil psychosocial et les comportements sexuels d'enfants, garçons et filles âgés entre 6 et 12 ans, manifestant des CSP. À ce jour, aucune étude ne s'est attardée à cet objectif. En effet, la majorité des études portent plutôt sur l'établissement des facteurs associés aux CSP, et ce, auprès de différents échantillons. C'est donc à partir du modèle théorique présenté ci-haut que le profil psychosocial, ainsi que les comportements sexuels, d'enfants CSP desservis au Centre d'expertise Marie Vincent seront décrits. Les traitements offerts par ce centre varient selon le résultat de l'évaluation psychosociale. Si lors de l'évaluation psychosociale les intervenantes concluent que le problème prépondérant concerne l'agression sexuelle subie, les enfants sont dirigés vers un traitement spécifique aux agressions sexuelles et ce, même si l'enfant présente des CSP. À l'inverse, si le problème prépondérant concerne les CSP, les enfants sont dirigés vers un traitement spécifique aux CSP et ce, même si l'enfant a pu vivre une agression sexuelle.

Les objectifs secondaires de cette étude consistent à comparer le profil psychosocial et les comportements sexuels de ces enfants selon l'âge et le sexe. Comme il y existe peu d'informations disponibles ce sujet, une question de recension a été élaborée en ce sens.

Une recension des écrits a donc été réalisée afin d'établir l'état des connaissances en rapport aux enfants âgés de 6 à 12 ans, présentant des CSP. Plus spécifiquement, cette recension des écrits visait à cerner les différences selon l'âge et le sexe, concernant les cinq domaines de risque du modèle théorique proposé et concernant les comportements sexuels manifestés.

DEUXIÈME CHAPITRE

RECENSION DES ÉCRITS

Ce chapitre présente premièrement la méthode de recension des écrits, qui comprend les critères de sélection, les stratégies de recherche employées et le nombre d'articles retenus. Deuxièmement, les caractéristiques méthodologiques et les limites de ces articles sont présentées (tableau 1 en annexe). Troisièmement, une synthèse des résultats comparatifs est présentée en fonction du modèle théorique (tableaux 2 et 3, en annexe) et des comportements sexuels (tableaux 4 et 5, en annexe), selon le sexe et l'âge. La présentation des objectifs de recherche sera présentée à la fin du chapitre.

1. MÉTHODE DE RECENSION

Cinq critères d'inclusion ont été choisis afin de sélectionner les articles de recension ; (1) l'étude doit être primaire ; (2) elle doit comparer, à l'aide d'analyses statistiques, au moins deux groupes d'enfants présentant des CSP soit selon l'âge et/ou le sexe ; (3) l'étude doit présenter les critères utilisés pour déterminer la présence de CSP chez les participants ; et (4) l'âge des participants doit être de 6 à 12 ans. Dans le cas où l'âge des participants se situe hors de ces limites, c'est la moyenne d'âge qui est alors considérée. Cinq (5), les articles doivent être écrits en français, en anglais ou en espagnol.

Quatre méthodes de recherche ont été utilisées afin de localiser les sept articles retenus (Bonner, Walker et Berliner, 1999 ; Burton, Nesmith et Badten, 1997 ; Gray, Pithers, Busconi et Houchens, 1999 ; Hall, Mathews et Pearce, 1998 ; Hall, Mathews et Pearce, 2002 ; Pithers, Gray, Busconi et Houchen, 1998 ; Szanto, Lyons et Kisiel, 2012). Les différentes méthodes de recension sont ici brièvement présentées.

Premièrement, dix banques de données¹ ont été consultées. Quatre blocs de mots-clés ont été croisés lors de cette première recherche. Le premier bloc comprenait les termes : « sexual* behavio* » OR « masturbatory behavio* » OR « psychosexual behavio* ». Le deuxième bloc comprenait les termes : « problem* OR coerciti* OR inappropriat* OR reacti* OR excessive OR aggressi* OR violent* OR harmful OR abus* OR offend* ». Le troisième bloc comprenait le terme « child* ». Le quatrième bloc comprenait les termes : « typolog* OR subtype* OR taxonom* OR characteristic* ». En retirant les doublons, cette méthode a donné un résultat de 23 articles scientifiques. Trois de ces articles ont été retenus pour une lecture exhaustive. Deux articles (Hall *et al.*, 2002 ; Pithers *et al.*, 1998) correspondaient à l'ensemble des critères d'inclusion.

Deuxièmement, une recherche bibliographique a été effectuée à partir des trois articles repérés dans les banques de données. Pour chaque article, les références bibliographiques ont été consultées afin de localiser d'autres articles. Quatre articles ont ainsi été retenus parmi 146 (Bonner *et al.*, 1999 ; Burton *et al.*, 1997 ; Gray *et al.*, 1999 ; Hall *et al.*, 1998).

Troisièmement, une recherche par citation a été réalisée à l'aide du moteur de recherche *Google Scholar*. À l'inverse de la recherche par références bibliographiques, cette méthode permet de repérer des articles ayant cité une étude en particulier. Quatre articles potentiellement intéressants ont ainsi été repérés. L'un de ces articles ayant cité Bonner *et al.* (1999) répondait à l'ensemble des critères d'inclusion (Szanto *et al.*, 2012).

Quatrièmement, en allant consulter le journal *Child Abuse & Neglect*, deux articles potentiellement intéressants ont été localisés, mais aucun d'eux ne répondait à l'ensemble des critères d'inclusion.

¹ PsycINFO, Academic Search Complete, CINAHL Plus with Full Text, Education Research Complete, ERIC, FRANCIS, MEDLINE with Full Text, PsycARTICLES, Psychology and Behavioral Sciences Collection et SocINDEX

Un total de sept articles scientifiques répondant aux objectifs de la recension ont été sélectionnés. Toutefois, les articles de Gray *et al.* (1999) et de Pithers *et al.* (1998) utilisaient le même échantillon. Ces deux articles ont donc été pairés et considérés comme une seule et même étude. Il en va de même pour les articles de Hall *et al.* (1998) et de Hall *et al.* (2002). Ainsi, le nombre d'études recensées est de cinq, présentées sous sept articles différents.

2. CARACTÉRISTIQUES ET LIMITES DES ÉTUDES RECENSÉES

Cette section présente premièrement les principales caractéristiques méthodologiques des études recensées. Ensuite, les limites en lien avec ces caractéristiques sont présentées en fonction des thèmes suivants : validité de conclusion statistique, validité interne et validité externe. L'ensemble des caractéristiques méthodologiques sont disponibles dans le tableau 1, en annexe.

2.1 Principales caractéristiques observées

Le nombre de participants présentant des CSP varie entre 77 (Hall *et al.*, 1998, 2002) et 1 633 (Szanto *et al.*, 2012). L'étude de Szanto *et al.* (2012) se démarque par son vaste échantillon, puisque la taille d'échantillon des autres études varie de 77 à 228 (Burton *et al.*, 1997).

Toutes les études recensées utilisent un échantillon de convenance, soit des enfants issus d'une population clinique, ce qui répond à la présente question de recension. Ce sont des enfants en processus d'intervention et référés par un professionnel ou par les parents et/ou sous la tutelle de la protection de la jeunesse, en Amérique du Nord. À noter que l'échantillon de Hall *et al.* (1999 ; 2002) est composé entièrement d'enfants ayant été agressés sexuellement.

La proportion du sexe masculin varie entre 50 % et 79 %, pour quatre des cinq études recensées. Seule l'étude de Hall *et al.* (1998, 2002) comporte un échantillon

majoritairement composé de filles, à 63 %. Les échantillons étudiés sont donc majoritairement composés de garçons, à l'exception d'une étude.

Seulement deux études répondent directement à la question de recension, en comparant un ensemble de variables en fonction du sexe et/ou de l'âge d'enfants manifestant des CSP (Burton *et al.*, 1997 ; Gray *et al.*, 1999). Par conséquent, ces études comparent un nombre plus important de variables, selon l'âge et le sexe, comparativement aux autres études. Les autres études répondent indirectement à la question de recension. En effet, trois d'entre elles utilisent les CSP comme variables indépendantes afin de créer les groupes de comparaisons (Bonner *et al.*, 1999 ; Hall *et al.*, 1998 ; Szanto *et al.*, 2012). L'étude de Hall *et al.* (1998) et de Pithers *et al.* (1998) crée des groupes à partir de plusieurs variables, en utilisant une analyse de « cluster ». Pour ces études, l'âge et le sexe sont alors considérés comme variables dépendantes. Ainsi, lorsqu'une différence selon l'âge ou le sexe est observée dans un groupe donné, cela signifie que c'est l'ensemble des caractéristiques du groupe qui doivent être prises en considération.

Différentes sources d'informations et différentes méthodes ont été employées afin de déterminer si les participants manifestaient bien des CSP. En ce qui concerne les sources d'informations, deux études utilisent les dossiers cliniques des participants (Burton *et al.*, 1997 ; Hall *et al.*, 1998, 2002), deux études utilisent une seule source de données (Bonner *et al.*, 1999 ; Szanto *et al.*, 2012), et l'étude de Gray *et al.* (1999) et Pithers *et al.* (1998) est la seule à utiliser deux sources de données afin d'évaluer les CSP. En ce qui concerne les méthodes pour évaluer les CSP, deux études utilisent des questionnaires maison (Burton *et al.*, 1997 ; Hall *et al.*, 1998, 2002), une étude utilise le questionnaire Child and Adolescent Needs and Strengths (CANS) (Szanto *et al.*, 2012), une étude utilise un test standardisé, soit le Child Sexual Behavior Inventory-II (CSBI-II ; Friedrich, Beilke et Purcell, 1989) (Bonner *et al.*, 1999), et l'étude de Gray *et al.* (1999) et de Pithers *et al.* (1998) est la seule à utiliser deux méthodes, soit l'entrevue et un outil de mesure standardisé, le Child Sexual Behavior Inventory-III (CSBI-III ; Friedrich, 1997).

2.2 Validité de conclusion statistique

Pour les besoins de la présente question de recension qui consiste à comparer, à l'aide de tests univariés, des sous-groupes d'enfants présentant des CSP, on observe que les tailles d'échantillon des études recensées sont convenables. Par exemple, pour qu'un test de khi deux soit valide, Hughes et Grawoig (1971) suggèrent que le total des fréquences soit égal ou supérieur à 50 et qu'aucune cellule du tableau croisé ne contienne moins de cinq fréquences. Toutefois, il demeure que plus l'échantillon est grand, plus la puissance statistique du test augmente. Aussi, plus l'échantillon est grand, moins il y a de risque qu'un test soit invalidé, dû à des données manquantes. À ce sujet, Bonner *et al.* (1999) et Hall *et al.* (1998, 2002) rapportent que les notes aux dossiers manquaient de détails ou étaient parfois incompréhensibles, rendant leurs données inutilisables. De plus, le nombre restreint de garçons comparativement aux filles ne leur a pas permis de réaliser des comparaisons, selon le sexe, pour certaines variables. Bref, la taille d'échantillon minimale requise pour réaliser les tests statistiques est rencontrée par l'ensemble des études, mais la puissance statistique est variable.

2.3 Validité interne

Les sources et méthodes employées par certaines études ne suivent pas les recommandations de l'ATSA afin de déterminer si les enfants présentent bien des CSP. Par exemple, l'emploi d'une seule source, comme l'on fait Bonner *et al.* (1999) et Szanto (2012) comprend quelques biais : pour les enfants, la désirabilité sociale pourrait les amener à ne pas dévoiler l'ensemble de leurs comportements sexuels ; quant aux parents, il est possible de croire qu'ils ne sont pas aux faits de tous les comportements que leurs enfants peuvent manifester lorsqu'ils sont sans surveillance. Pour les études qui utilisent les dossiers cliniques comme sources d'informations (Burton *et al.*, 1997 ; Hall *et al.*, 1998, 2002), les auteurs ne donnent pas d'information entourant les différentes sources disponibles dans ces dossiers, rendant ainsi difficile d'évaluer la qualité des informations recueillies. Finalement, en ce qui concerne les méthodes employées, quatre études sur cinq n'utilisent qu'une seule méthode, soit le

questionnaire maison ou standardisé (Bonner *et al.*, 1999 ; Burton *et al.*, 1997 ; Hall *et al.*, 1998, 2002 ; Szanto, 2012). Le manque d'informations sur les comportements sexuels des enfants et les caractéristiques contextuelles qui les entourent portent à croire que les échantillons composés d'enfants avec CSP n'étaient peut-être pas tout à fait représentatifs de la population étudiée.

La sélection des participants de l'étude de Burton *et al.* (1997) n'a pas été effectuée par les auteurs, mais plutôt par des intervenants ayant été contactés par la poste. Un biais de sélection des participants est alors à envisager puisque les intervenants devaient employer une procédure de sélection randomisée, mais aucun contrôle ne permet de valider si cette procédure a été réalisée. Cette limite est propre à cette étude qui est la seule à avoir procédé ainsi.

Deux des auteurs de l'étude de Hall *et al.* (1998, 2002) ont codé les grilles de collecte de données, ce qui constitue un biais potentiel venant des auteurs. En effet, leurs codifications des données pourraient être influencées par leurs hypothèses formulées, ce qui peut biaiser les résultats. Cette limite est propre à cette étude.

2.4 Validité externe

Les résultats provenant de l'échantillon de Hall *et al.* (1999, 2002) peuvent difficilement être généralisés à une population clinique d'enfants présentant des CSP puisqu'ils ont tous été agressés sexuellement.

La taille de l'échantillon, qui varie d'une étude à l'autre, augmente ou diminue l'erreur d'échantillonnage. C'est-à-dire que plus la taille de l'échantillon est petite, comme c'est le cas dans l'étude de Hall *et al.* (1999, 2002), plus l'écart entre l'échantillon étudié et la population augmente, ce qui est un obstacle à la généralisation des résultats.

3. RÉSULTATS DES ÉTUDES

La comparaison du profil psychosocial, selon l'âge et le sexe, est ici présentée en fonction des domaines de risque du modèle de Friedrich (2007) adapté par Boisvert, *et al.* (2016). Deux domaines n'ont pas été comparés, selon le sexe et l'âge. Il s'agit des stressors affectant la capacité des parents à fournir des soins optimaux à leur enfant et de la qualité de l'attachement parent-enfant. La comparaison des comportements sexuels, selon l'âge et le sexe, est présentée en dernier. Tous les résultats dits « significatifs » ont un seuil de signification fixé à 0,05.

3.1 Les facteurs individuels prédisposant aux problèmes de comportement

Seule une étude recensée, soit celle de Gray *et al.* (1999), compare les facteurs individuels prédisposant aux problèmes de comportement, selon l'âge (6-9 ans vs 10-12 ans) et selon le sexe des enfants.

3.1.1 Comparaisons selon l'âge

Le tableau 2 montre qu'un peu moins de la moitié des facteurs considérés, soit 6 sur 15, différencient les enfants selon le groupe d'âge, soit le fait que les plus jeunes enfants : sont proportionnellement plus nombreux à présenter un problème d'adaptation ; ont une fréquence plus élevée de problèmes de comportements et sont proportionnellement plus nombreux à présenter des problèmes de cet ordre, selon les parents ; présentent plus de problèmes de soumission et d'affirmation de soi en situation conflictuelle, selon les enfants ; mais ont moins de problèmes intériorisés que les enfants plus vieux, selon les enseignant(e)s. Toutefois, les enfants des deux groupes d'âge ne se différencient pas quant aux facteurs suivants : proportions se situant dans la zone clinique des problèmes de comportements, problèmes intériorisés et extériorisés, selon les parents ; scores moyens aux problèmes de comportements, selon les enseignant(e)s et les enfants ; scores moyens aux problèmes intériorisés et extériorisés, selon les enfants ; problèmes de réponses agressives face aux situations

conflictuelles, selon les enfants ; et leurs comportements sont perçus de façon aussi problématique selon les parents (les deux moyennes se situant dans la zone clinique).

3.1.2 Comparaisons selon le sexe

Le tableau 3 montre que moins du tiers des facteurs individuels considérés, soit 5 sur 16, différencient les enfants selon le sexe, soit le fait que les garçons sont proportionnellement plus nombreux à avoir un diagnostic de trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H), un trouble des conduites, ont plus de problèmes intériorisés selon leur enseignant(e), mais sont proportionnellement moins nombreux à présenter un problème d'adaptation et présentent moins de problèmes de soumission que les filles. Toutefois, les garçons et les filles ne se différencient pas au plan des facteurs suivants : présence de stress post-traumatique ; présence de trouble d'opposition avec provocation ; fréquence et problèmes de comportement, tel que perçu par les parents ; score à l'échelle totale de problèmes de comportements selon l'enfant et l'enseignant(e) ; score de problèmes intériorisés ou extériorisés selon les enfants ; et score de réponse agressive ou d'affirmation de soi en situation conflictuelle, selon les enfants.

3.2 Les pratiques parentales coercitives

Aucune étude recensée n'a comparé les pratiques parentales coercitives selon l'âge et seule l'étude de Gray *et al.* (1999), compare ce domaine de risque selon le sexe (tableau 3). Il s'agit de la présence d'abus physique et d'abus psychologique envers l'enfant, considéré ici comme des formes extrêmes de pratiques coercitives parentales. Les résultats montrent que la proportion de garçons victimes d'abus physiques (47 %) n'est pas significativement différente de celle des filles victimes d'abus physiques (48 %). Quant aux proportions d'enfants victimes d'abus psychologiques, il n'y a pas de différence significative selon le sexe (29 % des garçons vs 39 % des filles sont

victimes d'abus psychologiques). Bref, aucune différence selon le sexe n'est observée en ce qui concerne les pratiques parentales coercitives subies par l'enfant.

3.3 La perturbation du développement psychosexuel de l'enfant

Deux études comparent des variables concernant la perturbation du développement psychosexuel de l'enfant selon le sexe et l'âge (Burton *et al.*, 1997 ; Gray *et al.*, 1999). Deux variables différentes sont étudiées, soit ; l'enfant a été victime d'agression sexuelle et le nombre de personnes ayant abusé sexuellement l'enfant.

3.3.1 Comparaisons selon l'âge

Le tableau 2 montre que deux études mesurent le nombre de personnes ayant agressé sexuellement l'enfant et les résultats convergent pour dire qu'il n'y a pas de différence significative selon l'âge (Burton *et al.* 1997 ; Gray *et al.*, 1999). L'étude de Burton *et al.* (1997) ajoute qu'il n'y a pas de différence significative quant aux proportions d'enfants ayant été victimes d'agression sexuelle, selon l'âge.

3.3.2 Comparaisons selon le sexe

En ce qui concerne les deux études ayant mesuré les proportions d'enfants victimes d'agression sexuelle, les résultats sont divergents (tableau 3). En effet, les résultats de l'étude de Burton *et al.* (1997) indiquent qu'il n'y a pas de différence significative selon le sexe (pourcentages non disponibles). Tandis que les résultats de l'étude de Gray *et al.* (1999) indiquent une plus grande proportion de filles ayant été victimes d'agression sexuelle (93 % des filles vs 78 % des garçons).

Quant au nombre de personnes ayant agressé sexuellement l'enfant, les résultats de ces deux études convergent, indiquant qu'il n'y a pas de différence significative selon le sexe. Les nombres ne sont pas rapportés par les auteurs.

En résumé, les résultats de ces deux études sont contradictoires quant à la proportion de garçons et de filles ayant été victimes d'agression sexuelle. Mais en tenant compte de la qualité de la méthode de collecte de données employée dans l'étude de Gray *et al.* (1999), ce sont leurs résultats qui devraient primer, c'est-à-dire qu'il y a plus de filles qui ont été victimes d'agression sexuelle que de garçons. Les résultats des deux études concordent toutefois en ce que les garçons et les filles ayant vécu l'agression sexuelle ont été abusés par un nombre similaire de personnes.

3.4 Comparaison des comportements sexuels

Quatre études comparent les comportements sexuels en fonction de l'âge (Bonner *et al.*, 1997 ; Burton *et al.*, 1997 ; Gray *et al.*, 1999 ; Hall *et al.*, 1998, 2002) et l'ensemble des études comparent les comportements sexuels en fonction du sexe des enfants.

3.4.1 Comparaisons selon l'âge

Le tableau 4, présenté en annexe montre que peu de comportements sexuels, soit 4 sur 13, différencient les enfants selon le groupe d'âge, soit le fait que les plus vieux enfants : démontrent plus de comportements sexuels agressifs (Bonner *et al.* 1999), ont un plus grand nombre de victimes, perçoivent moins leurs comportements sexuels comme étant normaux (Burton *et al.*, 1997), et ont une fréquence plus élevée de comportements sexuels (CBCL), selon leurs parents (Gray *et al.*, 1999), comparativement aux plus jeunes enfants. Toutefois, les enfants des deux groupes d'âge ne se différencient pas quant aux facteurs suivants : comportements sexuels interpersonnels, avec ou sans agressivité/coercition (Hall *et al.*, 1998, 2002) ; comportements de masturbation et d'intérêt pour la sexualité (Bonner *et al.*, 1999 ; Hall *et al.*, 1998) ; le nombre de comportements présenté, la fréquence (CSBI-3) et les proportions d'enfants se situant dans la zone clinique de l'échelle de problèmes sexuels (Burton *et al.*, 1997 ; Gray *et al.*, 1999).

3.4.2 Comparaisons selon le sexe

Le tableau 5, présenté en annexe, montre que peu de comportements sexuels, soit 5 sur 18, différencient les enfants selon le sexe, soit le fait que les garçons : sont proportionnellement plus nombreux à présenter des comportements sexuels interpersonnels agressifs (Bonner *et al.*, 1999 ; Pithers *et al.*, 1998 ; Szanto *et al.*, 2012) et présentent une moins grande fréquence de comportements sexuels, comparativement aux filles (Gray *et al.*, 1999). Toutefois, les garçons et les filles ne se différencient pas au niveau des comportements sexuels suivants : comportements interpersonnels agressifs planifiés (Hall *et al.*, 2002) ; comportements interpersonnels et autodirigés (Hall *et al.*, 1998) ; comportements interpersonnels sans agressivité non planifiés (Hall *et al.*, 2002) ; comportements de masturbation et d'intérêt envers la sexualité (Bonner *et al.*, 1999 ; Hall *et al.*, 1998) ; problème avec la sexualité (Szanto *et al.*, 2012) ; la perception des comportements, le nombre de comportements émis, le nombre de victimes de l'enfant et la fréquence des comportements (Burton *et al.*, 1997 ; Pithers *et al.*, 1998).

4. OBJECTIFS DU PROJET DE RECHERCHE

Deux objectifs sont fixés pour cette étude. Premièrement, il vise à décrire le profil psychosocial et les comportements sexuels d'enfants âgés de 6 à 12 ans présentant des CSP. Le profil psychosocial de ces enfants est décrit en fonction des cinq domaines de risque du modèle théorique adapté par Boisvert *et al.* (2016). Deuxièmement, cette étude vise à comparer le profil psychosocial et les comportements sexuels de ces enfants, selon le groupe d'âge (6-9 ans et 10-12 ans) et selon le sexe.

4.1 Pertinence sociale

Le phénomène des CSP chez les enfants représente un enjeu clinique important, pour les enfants qui en sont victimes et les enfants qui les manifestent. En effet, les enfants qui en sont victimes rapporteraient des symptômes aussi sévères que les enfants

victimes d'agression sexuelle de la part d'un adolescent ou d'un adulte (Sperry et Gilbert, 2005). Pour les enfants instigateurs, Chaffin *et al.* (2008) observent qu'ils sont plus à risque de vivre une stigmatisation de leur entourage qui lui appose l'étiquette d'agresseur sexuel. Les mêmes auteurs ajoutent que, comme pour les problèmes de comportement, les CSP « peuvent s'aggraver et entraîner des effets indésirables sur la société s'ils ne font pas l'objet d'une intervention adéquate » (Chaffin *et al.*, 2008).

Certaines théories suggèrent que les difficultés comportementales varient en fonction de l'âge. Par exemple, Moffitt (2017) observe deux phénomènes : (1) il y a une forte prévalence des comportements antisociaux qui surviennent durant l'adolescence, qui serait due à un écart de maturité qui amène les adolescents à imiter les comportements antisociaux, ce qui est alors considéré comme normal par rapport à leur stade développemental ; et (2) une plus petite portion de la population manifeste des comportements antisociaux durant chaque stade développemental, ce qui est alors problématique, puisque les caractéristiques neuropsychologiques de ces enfants interagissent avec leur environnement, les menant au développement d'un trouble pathologique. Puisque les CSP représentent également une forme de problèmes de comportements, il est donc pertinent de se poser la question à savoir s'il existe des différences selon l'âge.

D'autres théories suggèrent que les difficultés comportementales varient en fonction du sexe. Par exemple, Lahey *et al.* (1999) observent que le sexe masculin a une influence sur le développement de problèmes de comportements. Aussi, certaines études montrent que le phénomène des CSP est plus présent chez les garçons (Allen, 2017 ; Bonner *et al.*, 1999 ; Buchta, 2009 ; Szanto *et al.*, 2012). Ces constats montrent qu'il serait pertinent d'observer s'il existe des variations de caractéristiques en fonction du sexe des enfants présentant des CSP.

4.2 Pertinence scientifique

Selon Boisvert *et al.* (2016), entre 16 et 85 % des enfants qui présentent des CSP n'ont pas d'antécédents d'agression sexuelle. De plus, la documentation portant sur le phénomène des CSP est peu abondante et parcellaire (Dufour *et al.*, 2017), elle l'est encore moins auprès d'enfants ciblés spécifiquement pour recevoir un traitement pour leurs CSP et dont la grande majorité n'ont pas vécu d'agression sexuelle (Merrick Litrownik et Everson, 2008). Une description du profil psychosocial et des comportements sexuels de ces enfants apparaît donc importante afin d'explorer cette problématique peu étudiée.

TROISIÈME CHAPITRE

MÉTHODOLOGIE

1. CONTEXTE DE L'ÉTUDE

Cette recherche utilise les données recueillies dans le cadre d'une étude longitudinale, soit l'étude auprès des enfants présentant des CSP et leurs parents (Tourigny, Gagnon et Boisvert, 2006). L'étude a été subventionnée par la Chaire interuniversitaire Fondation Marie Vincent sur les agressions sexuelles envers les enfants, le Centre de recherche interdisciplinaire sur les problèmes conjugaux et les agressions sexuelles (CRIPCAS) et la Faculté d'Éducation de l'Université de Sherbrooke.

2. DEVIS

Un devis quantitatif de type corrélationnel a été utilisé afin de comparer les relations d'associations entre les variables indépendantes, soit l'âge et le sexe, et les variables dépendantes. Les mesures ont été prises lors de la période d'évaluation qui précédait la participation à un traitement individuel pour les enfants qui présentent des CSP et qui était offerte au Centre d'expertise Marie Vincent (CEMV).

3. PARTICIPANTS

La stratégie d'échantillonnage a été effectuée auprès des enfants et leur figure parentale rencontrés de 2007 à 2010 alors qu'ils recevaient des services du CEMV. Le CEMV offre des services aux enfants agressés sexuellement et ayant des CSP et à leur famille. Tous les enfants/parents ont été invités lors de l'évaluation clinique à participer à la recherche et ils ont tous acceptés. L'échantillon est composé de 97 enfants âgés de 5,7 à 13,3 ans ($M = 9,3$ ans ; $\text{é.t.} = 2,1$) qui manifestaient des CSP. Les garçons représentent 66 % de l'échantillon. Ce sont les intervenants du CEMV qui, lors de

l'évaluation clinique, ont évalué les comportements sexuels des enfants et qui ont statué qu'il s'agissait de CSP, à partir de la définition de l'ATSA. Dans le cadre des services du CEMV, les enfants dont la problématique principale est la présence de CSP (qu'ils aient vécu une agression sexuelle ou non) sont dirigés vers les services pour enfants ayant des CSP alors que les enfants dont la problématique principale est l'agression sexuelle (que l'enfant ait des CSP ou non) sont dirigés vers les services pour enfants ayant vécu des agressions sexuelles. Dans le présent échantillon, 16,5 % des enfants CSP avaient vécu une agression sexuelle.

4. DÉROULEMENT

Les données utilisées pour cette étude proviennent des outils d'évaluation utilisés par le CEMV. Tous les clients bénéficiant des services du CEMV sont invités à remplir une série de tests et de questionnaires à des fins d'évaluation. L'étude a donc reçu l'autorisation d'utiliser les données récoltées par le CEMV. La collecte de données a été réalisée directement auprès des participants, soit les enfants et leurs parents ou tuteurs. En moyenne, les parents ont complété les questionnaires en une heure 45 minutes et les enfants en deux heures. Tous les participants (enfants et parents) ont rempli un formulaire de consentement. L'accord des deux parties devait être donné pour participer à l'étude. La période de recrutement a été de quatre ans, soit de 2007 à 2010.

5. INSTRUMENTS DE MESURE

Les instruments de mesure sont présentés selon les cinq domaines de risque du modèle de Friedrich (2007) adapté par Boisvert *et al.* (2016). Certains instruments de mesure se retrouvent dans plusieurs domaines de risque. Seules les variables en rapport avec le domaine de risque sont alors présentées.

5.1 Les facteurs individuels prédisposant aux problèmes de comportement

Les tendances aux troubles de santé mentale ont été mesurées par le Dominique interactif (Valla, Bergeron, St-Georges, et Berthiaume, 2000), un instrument de dépistage des troubles de santé mentale chez les enfants de 6 à 11 ans. Quatre-vingt-dix (90) items, représentés par des scènes de vie de Dominique, sont répondus par l'enfant par oui ou par non, dépendamment s'il s'identifie ou non au personnage principal. La durée de passation est de 15 minutes. Les items couvrent les critères du Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders (DSM-IV ; American Psychiatric Association, 1994) et se répartissent en huit sous-échelles. L'étendue des scores varie selon les sous-échelles soit : la phobie spécifique (0-9)², l'anxiété de séparation (0-8), l'anxiété généralisée (0-15), la dépression/dysthymie (0-20), l'opposition/provocation (0-9), les problèmes de conduite (0-14), l'inattention/hyperactivité/impulsivité (0-19), et les forces et compétences (0-10). Plus le score est élevé, plus il y a augmentation de la gravité du problème, sauf pour l'échelle de forces et compétences. Pour chaque échelle, il y a un seuil à risque et un seuil clinique différent (variables dichotomiques). Un score se situant dans la zone clinique signifie que l'enfant présente probablement un problème de santé mentale (comportement très déviant) et un score se situant dans la zone à risque signifie que l'enfant pourrait présenter un problème de santé mentale (comportement déviant). L'outil présente une bonne cohérence interne, avec des alphas de Cronbach variant de 0,62 à 0,88 (Valla *et al.* 2000). La validité de contenu, qui est aussi bonne, varie entre 0,64 et 0,88, selon les échelles (Valla *et al.*, 2000).

Les difficultés comportementales chez l'enfant ont été mesurées par l'Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA ; Achenbach et Rescorla, 2001). Cet outil donne une mesure globale des difficultés de comportement chez l'enfant (échelle de score total). De plus, deux grandes échelles (troubles intériorisés et troubles extériorisés) et d'autres sous-échelles peuvent être utilisées. L'échelle des troubles intériorisés est composée de trois sous-échelles : retrait social,

² Les nombres entre parenthèses représentent l'étendue des scores possibles pour chaque échelle ou sous-échelle.

somatisation et anxiété-dépression. L'échelle des troubles extériorisés est composée de deux sous-échelles : comportements délinquants et comportements agressifs. Trois sous-échelles représentent d'autres problèmes de comportements : problèmes sociaux, problèmes d'attention et problèmes de pensée. Pour chacune des échelles, un score *t* est obtenu, variant entre 50 et 100. Plus le score est élevé, plus c'est problématique (variable continue). Le seuil clinique est fixé à 70 et le seuil de la zone à risque est fixé à 65 (variables dichotomiques). Un score se situant dans la zone clinique signifie qu'il y a présence de problèmes de comportements si importants qu'un suivi est requis. Les parents ont rempli le questionnaire, qui contient 113 items, en se référant aux six derniers mois, à l'aide d'une échelle de type Likert en trois points, qui mesure la fréquence des comportements : « pas vrai », « quelques fois vrai », et « très vrai ou souvent vrai ». Le temps de passation est de 15 minutes. L'outil présente une bonne fidélité test-retest, avec des corrélations variant entre 0,82 et 0,94, selon les échelles (Achenbach et Rescorla, 2001). La cohérence interne est également bonne, variant entre 0,78 et 0,97, selon les 11 échelles (Achenbach et Rescorla, 2001).

La présence de symptômes de dépression et leur intensité ont été mesurées par une version courte du Children's Depression Inventory (CDI ; Kovacs, 1992). Cette version courte comprend dix items auto-rapportés. Le temps de passation est de huit minutes. Pour chaque item, l'enfant est amené à sélectionner un énoncé, parmi trois, qui représente le mieux son état au cours des deux dernières semaines. Le score de chaque item varie de 0 à 2 et le score total s'échelonne de 0 à 20. Ce score est alors rapporté en rang centile. Plus le rang centile est élevé, plus le niveau de dépression est important. Un rang centile plus élevé que 95 est un rang centile qui se démarque de la population. Cet outil de mesure présente une bonne cohérence interne de 0,80 ainsi qu'une bonne fidélité test-retest de 0,87 (Saylor, Finch, Spirito, et Bennett, 1984).

La présence d'événements généraux pouvant être stressants et le niveau de stress de l'enfant face à chacun de ses événements ont été mesurés par une version adaptée du Source of Stress Inventory (SSI ; Chandler, 1981). Ce questionnaire qui est complété par le parent, comprends 15 items (37 dans la version originale) se référant

aux 12 derniers mois. La durée de passation est d'environ 5 minutes. Pour chaque item, le parent répond si l'enfant a vécu ou non l'événement en question (variable dichotomique). Il indique ensuite le niveau de stress ressenti par l'enfant face à l'événement vécu (échelle en deux points : « pas ou peu stressé » et « très stressé ») ainsi que sa perception du niveau de stress ressenti par l'enfant. Le score du niveau de stress varie de 0 à 30 (variable continue). Plus le score est élevé, plus le niveau de stress est grand. Cet outil permet également d'évaluer le nombre d'événements stressants vécus par l'enfant et le parent (variable continue variant de 0 à 15). Aucune étude portant sur les propriétés psychométriques de l'outil n'a été menée.

L'état dissociatif de l'enfant a été mesuré par le Child Dissociative Checklist, version 3 (CDC V3 ; Putnam, Helmers et Trickett, 1993). Cette version comprend 20 items répondus par le répondant de l'enfant, à l'aide d'une échelle en trois points (« pas vrai », « un peu vrai » et « très vrai », se référant aux 12 derniers mois). Le temps de passation est de 5 minutes. Le score total s'échelonne de 0 à 40 (variable continue). Plus le score est élevé, plus le niveau de dissociation est important, avec un seuil clinique fixé à 12 (variable dichotomique). Un score se situant dans la zone clinique signifie que le niveau de dissociation est pathologique (il se peut que les émotions, les pensées et les souvenirs de l'enfant soient effacés de sa conscience, et qu'un déficit de l'attention ou un sentiment d'aliénation se développe). L'alpha de Cronbach de cette échelle est de 0,86, ce qui indique une bonne cohérence interne (Putnam, Helmers et Trickett, 1993).

Le niveau de fonctionnement de l'enfant avant et après l'apparition des CSP a été mesuré par l'échelle de fonctionnement global version adaptée du Children's Global Assessment Scale (CGAS ; Shaffer, Gould, Brasic, Ambrosini, Fisher, Bird *et al.*, 1983). Cet outil mesure la sévérité des troubles psychiatriques et des problèmes sociaux de l'enfant. C'est le parent répondant qui évalue le niveau de fonctionnement global de l'enfant, en donnant un score de 1 à 100 (variable continue). Le score est divisé en dix niveaux de fonctionnement (variable catégorielle), allant de « détérioration extrême du fonctionnement » (scores de 1 à 10) à « fonctionne très bien dans tous les domaines »

(scores de 91 à 100). Un énoncé décrit chaque niveau de fonctionnement, pour aider le parent à évaluer le niveau de fonctionnement de l'enfant. Ces énoncés parlent entre autres de l'intensité des problèmes vécus par l'enfant et des différentes sphères de vie impliquées. L'évaluation est premièrement réalisée en se référant au dernier mois, et ensuite, en se référant à avant que les CSP ne se produisent. Le temps de passation est de 3 à 5 minutes. Le score varie de 1 à 100 (variable continue). Plus le score est élevé, plus le niveau de fonctionnement est adéquat. Cet outil présente une bonne fidélité inter-juges (0,86) (Dyrborg, Larsen, Nielsen, Byman, Nielsen et Gautre-Delay, 2000).

L'estime de soi globale de l'enfant a été mesurée par l'une des sous-échelles du Self-Perception Profile For Children (SPPC ; Harter, 1985). Cet outil mesure l'estime de soi des enfants, en fonction de six sous-échelles, mais une seule est utilisée ici, soit l'estime de soi globale. Cette sous-échelle comprend six items, répondus par l'enfant. Le temps de passation est de 3 à 4 minutes. Pour chaque item (composé de deux énoncés), l'enfant doit s'identifier à l'un des énoncés, et ensuite décider si c'est « un peu » ou « tout à fait » comme lui. Les items se réfèrent au cours de la vie. Le score de chaque item varie de 1 à 4 et le score total de la sous-échelle s'échelonne de 6 à 24. Plus le score est élevé, meilleure est l'estime de soi. L'alpha de Cronbach de cette sous-échelle est de 0,80, ce qui indique une bonne cohérence interne (Muris, Meesters et Fijen (2003).

La présence d'idéations suicidaires a été mesurée par l'une des échelles du Kiddie Schedule For Affective Disorders And Schizophrenia For School-Age Children (K-SADS ; Kaufman, Birmaher, Brent, Rao, Flynn, Moreci, *et al*, 1997). Cet outil est administré aux enfants et aux parents, sous forme d'entrevue diagnostique semi-structurée, permettant d'évaluer les épisodes actuels et passés de psychopathologies chez les enfants, selon les critères du DSM-III-R et du DSM-IV. L'échelle d'urgence et de risque suicidaire comprend 5 items dichotomiques (« oui », « non »), dont trois ont été retenus ici (présence d'idéations suicidaires actuelles ; présence d'idéations suicidaires par le passé ; et présence d'un moyen pour passer à l'acte). Les réponses se

réfèrent au cours de la vie. L'échelle présente une bonne fidélité test-retest (0,90) et une bonne cohérence interne (alpha de Cronbach de 0,89) (Ambrosini, 2000).

5.2 Les stressseurs affectant la capacité des parents à fournir des soins optimaux à leur enfant

La détresse psychologique des parents a été mesurée par l'Indice de Détresse Psychologique, version courte (IDPESQ ; Prévile, Boyer, Potvin, Perrault et Légaré, 1992). Ce questionnaire auto-rapporté par le parent est composé de 14 items mesurant quatre sous-échelles : l'anxiété, la dépression, l'irritabilité et les problèmes cognitifs. L'ensemble des items forment la grande échelle de détresse psychologique. Les items sont répondus à l'aide d'une échelle en quatre points, indiquant la fréquence (« jamais », « de temps en temps », « assez souvent » et « très souvent »). Les items se réfèrent aux sept derniers jours. Plus le score est élevé, plus les comportements sont fréquents et plus le niveau de détresse psychologique est élevé. Le score total est également rapporté en percentile, avec un seuil clinique fixé à 80 (variable dichotomique). Au-delà du 80^e percentile (zone clinique) le sujet a des « symptômes assez nombreux ou intenses pour se classer dans un groupe à risque de nécessiter une intervention » (Radloff, 1977). L'outil présente une bonne cohérence interne globale avec un alpha de Cronbach de 0,89 (Prévile *et al.*, 1992). Les sous-échelles présentent également de bons coefficients de fidélité, allant de 0,72 à 0,83 (Prévile *et al.*, 1992).

La présence et l'ampleur de la violence conjugale vécue par le parent répondant a été mesurée par le Revised Conflict Tactics Scales (CTS2 ; Straus, Hamby, Boney-McCoy, et Sugarman, 1996). Cette version adaptée comprenant 16 items est complétée par le parent répondant. Cet outil comprend deux grandes échelles : violence psychologique et violence physique. Chaque échelle comprend deux sous-échelles mesurant la présence de gestes violents mineurs et sévères (p. ex. : violence psychologique mineure ; violence psychologique sévère). Toutes ces formes de violence sont comprises dans l'échelle de violence conjugale. Douze (12) items se réfèrent aux 12 derniers mois (trois items par sous-échelle) et quatre items se réfèrent aux années antérieures (un item par sous-échelle). Les items qui se réfèrent aux 12

derniers mois sont répondus à l'aide d'une échelle en cinq points (valeurs de 0 à 4) : « ceci n'est jamais arrivé », « 1 fois dans la dernière année », « 2 à 5 fois dans la dernière année », « 6 à 10 fois dans la dernière année » et « plus de 10 fois dans la dernière année ». Un score pour chaque sous-échelle variant de 0 à 12 est donné et un score dichotomique (présence/absence) en découle également. Plus le score est élevé, plus la fréquence de gestes violents vécus durant l'année par le parent est importante. Les items qui se réfèrent aux années antérieures sont répondus par une échelle en deux points indiquant par « oui » ou par « non » la présence des gestes violents dans le passé (variable dichotomique). La durée de passation est de 4 à 6. Dans la version originale de l'outil, toutes les échelles présentent une bonne cohérence interne, avec des alphas de Cronbach variant de 0,79 à 0,95 (Straus *et al.*, 1996).

Le niveau de stress face aux événements généraux et le nombre moyen d'événements vécus par les parents ont été mesurés par le SSI (Chandler, 1981), dont la description a été donnée précédemment.

Les informations socio-démographiques de la famille, telles que la composition familiale (famille d'origine, monoparentale, reconstituée et d'accueil), le nombre d'enfants dans la famille, l'âge des parents, le lien légal entre les parents et l'enfant, l'occupation des parents, la scolarité des parents, le revenu familial (huit catégories variant de moins de 9 999 \$ à 70 000 \$ et plus) et l'origine ethnique, ont été mesurées par le questionnaire maison du CEMV.

5.3 Pratiques parentales coercitives

Les formes de maltraitance vécues par l'enfant ont été mesurées par le K-SADS (Kaufman *et al.*, 1997). Les 85 items de ce questionnaire ont été complétés par les intervenants ou l'équipe de recherche, à partir des dossiers cliniques. Les trois items retenus pour ce projet ont été répondus de façon dichotomique (oui/non) à l'aide de critères, soit ; l'enfant a été victime d'abus psychologique (« rapporte avoir vécu des situations de maltraitance psychologique »), d'abus physique (« rapporte avoir eu des

ecchymoses à plus d'une occasion ou une blessure importante à une occasion ») et/ou de négligence (« rapporte des situations où les parents n'ont pas accordé les soins nécessaires »). Les items ne se réfèrent pas à une période de temps spécifique. L'outil présente une bonne consistance interne (alpha de Cronbach de 0,94) et une bonne fidélité inter-juges (coefficient de 0,97) (Axelson, Birmaher, Brent, Wassick, Hoover, Bridge *et al.*, 2003).

L'exposition de l'enfant à de la violence physique et/ou psychologique entre les parents a été mesurée par le CTS2 (Straus *et al.*, 1996), dont la description a été donnée plus tôt. Dans cet instrument de mesure, le parent doit rapporter (par une réponse oui/non) si l'enfant a été témoin des types de violence conjugale (physique et/ou psychologique).

L'incohérence disciplinaire et la supervision parentale déficiente ont été mesurées par une version traduite de l'Alabama Parenting Questionnaire (APQ ; Frick, 1991), questionnaire qui évalue la fréquence des pratiques éducatives susceptibles d'entraîner des troubles du comportement chez les enfants. Cette version courte comprend dix items, au lieu de 42, répondus par le répondant de l'enfant. L'échelle d'incohérence disciplinaire comprend cinq items et de même pour l'échelle de supervision parentale déficiente (variables continues). Les items sont mesurés à l'aide d'une échelle en cinq points (valeurs de 1 à 5), comprenant les réponses : « jamais », « presque jamais », « parfois », « souvent » et « toujours ». Ils ne se réfèrent pas à une période de temps précise. Une moyenne est alors rapportée pour chaque échelle (variable continue). Le seuil clinique est fixé à 2,5 pour les deux sous-échelles (variable dichotomique). Plus le score est élevé, plus la fréquence de comportements est élevée et problématique. Le temps de passation est de 2 à 4 minutes. La consistance interne de ces deux échelles de l'APQ s'avère acceptable, avec des alphas de Cronbach de 0,67 (Shelton, Frick et Wooton, 1996).

La fréquence des pratiques punitives a été mesurée par le Parent Behavior And Attitudes Questionnaire (PBAQ ; Bergeron, Valla, Breton, Gaudet et Berthiaume,

1993). Cette version courte du Vineland Adaptive Behavior Scales (VABS ; Sparrow, Balla et Cicchetti, 1984) comprends dix items (20 à l'origine) répondus par le répondant de l'enfant, à l'aide d'une échelle à quatre points (« la plupart du temps », « souvent », « quelquefois » et « jamais » se référant aux six derniers mois. Une seule échelle est ici utilisée, soit celle des pratiques punitives, qui comprend cinq items. Le score de chaque item varie de 0 à 3 et le score de l'échelle varie de 0 à 15, sans seuil clinique (variable continue). Plus le score est élevé, moins les comportements sont fréquents. La version française du PBAQ a été utilisée dans l'étude de Bergeron, Valla et Breton (1992), montrant une bonne fidélité test-retest de 0,73 à 0,94, selon les échelles répondues par les parents.

5.4 La perturbation du développement psychosexuel de l'enfant

Les contextes familiaux potentiellement à risque de perturber le développement sexuel de l'enfant ont été évalués par un questionnaire maison. Ce questionnaire a été rempli par les intervenants ou l'équipe de recherche, à partir des dossiers cliniques. À l'aide de 11 items, qui se réfèrent au courant de la vie, il permet de mesurer ; si l'enfant a eu accès à du matériel pornographique et/ou des objets sexuels ; si l'enfant a déjà vu des relations sexuelles ; et si l'enfant a été exposé à des situations interpersonnelles impliquant la nudité. Chaque item est répondu par « oui » ou par « non », indiquant la présence ou l'absence de ces contextes dans le milieu de vie (variables dichotomiques).

5.5 La qualité de l'attachement parent-enfant

Le sentiment de sécurité ressenti par l'enfant envers ses parents a été mesuré par le Kerns Security Scale (KSS ; Kerns, Klepac et Cole, 1996), avec l'échelle de sentiment de sécurité. Cet outil mesure le sentiment de sécurité de l'enfant envers chacun des parents. L'enfant répond aux neuf items à l'aide d'une échelle allant de 1 à 4 (1 étant le niveau de sécurité le moins élevé). La durée de passation est d'environ 5 minutes et les items ne se réfèrent pas à une période de temps spécifique. Le score de sentiment de sécurité envers chaque parent varie de 9 à 36. Il n'y a pas de seuil clinique

établi. L'échelle présente une bonne cohérence interne avec un alpha de Cronbach de 0,84 (Kerns *et al.*, 1996).

5.6 Les comportements sexuels et leurs caractéristiques contextuelles

Les comportements sexuels des enfants ont été décrits à l'aide du Child Sexual Behavior Checklist (CSBCL ; Johnson, 1998) adapté par Gagnon et Tourigny (2007). Cet instrument de mesure comprend 63 items décrivant les comportements sexuels de l'enfant et 24 items décrivant le contexte dans lequel ces comportements se sont manifestés. Il mesure autant les comportements sexuels normaux que problématiques. Les échelles mesurent les types de comportements sexuels suivants : verbaux, d'observation, en lien avec les frontières physiques, liées à la nudité, touchés envers soi, touchés dirigés vers les autres, gestuelle sexuelle, impliquant les animaux et les comportements liés à l'identité sexuelle. Pour chaque item, une réponse « oui », « non » ou « ne sait pas » est fournie. Aucun seuil clinique n'est établi. Ce questionnaire a été rempli par les intervenants. Les items ne se réfèrent pas à une période de temps spécifique.

6. MÉTHODE D'ANALYSE DES DONNÉES

L'ensemble des opérations statistiques a été réalisé à l'aide du logiciel IBM SPSS Statistics 23 (2015). Pour répondre au premier objectif, qui est de décrire le profil psychosocial (c.-à-d. les cinq domaines de risque) et les comportements sexuels de l'échantillon, des analyses descriptives ont été effectuées. Les pourcentages sont présentés pour les variables dichotomiques et catégorielles. Les moyennes et les écarts-types ont été calculés pour les variables continues.

Pour répondre au deuxième objectif, qui est de comparer le profil psychosocial et les comportements sexuels de ces enfants selon le groupe d'âge, d'une part, et selon le sexe, d'autre part, deux groupes ont été créés par catégorie. Premièrement, selon le groupe d'âge, il y a les enfants de 5,7 à 9,9 ans (arrondis à 6-9 ans), comparés aux

enfants de 10 à 13,3 ans (arrondis à 10-12 ans). Ensuite, selon le sexe, les filles sont comparées aux garçons. Leur profil psychosocial et leurs comportements sexuels ont été comparés à l'aide de tests statistiques univariés, soit le test t, le test U de Mann-Whitney et le test de khi deux.

En ce qui concerne les tests t, utilisés pour comparer les variables continues, trois conditions préalables à la réalisation du test ont été vérifiées. Premièrement, des boîtes à moustaches ont été effectuées pour chaque variable dépendante, selon les quatre groupes, afin d'identifier les données aberrantes (données erronées, qui ne figurent pas dans les choix de réponse). Le cas échéant, les variables concernées ne pouvaient être comprises dans le test t. Deuxièmement, la distribution de chaque variable dépendante a été vérifiée à l'aide du test Shapiro-Wilk, selon l'échantillon total. Pour effectuer le test, les données devaient être distribuées selon la courbe normale. Troisièmement, la variation des données selon les groupes sexe et âge a été observée à l'aide du test de Levene, pendant la réalisation du test t. Les données dans les deux groupes de comparaison devaient avoir une variation similaire.

Quant aux variables n'ayant pas eu de distribution normale, elles ont soit été dichotomisées, permettant ainsi de réaliser des tests de khi deux, ou comparées à l'aide du test U de Mann-Whitney. Pour ces deux tests, les données aberrantes ont aussi été observées.

QUATRIÈME CHAPITRE

RÉSULTATS

1. DESCRIPTION ET COMPARAISON DU PROFIL PSYCHOSOCIAL

1.1 Description démographique

Le tableau 6 en annexe présente les informations démographiques des familles, au moment de l'évaluation, où 44,3 % des enfants vivent avec seulement l'un des deux parents biologiques, ce qui est égal à la proportion d'enfants placés en famille d'accueil (ou avec d'autres répondants que les parents biologiques). Ceci dit, les répondants sont en majorité représentés par les parents biologiques (46,4 % des répondants sont des mères biologiques et 9,3 % des répondants sont des pères biologiques). Les familles comprennent en moyenne 3,3 enfants. Près de la moitié des mères répondantes sont sans emploi (47,4 %), avec un niveau d'études secondaires (41,2 %), et l'âge moyen est de 38 ans. En ce qui concerne les pères répondants, seulement 12,4 % sont sans emploi, 45,4 % ont un diplôme d'études secondaires et leur moyenne d'âge est de 39,4 ans. Les trois quarts des parents sont Canadiens (français 61,9 % et anglais 13,4 %).

1.2 Les facteurs individuels prédisposant aux problèmes de comportement

Les tableaux 7 et 8 en annexe présentent les résultats en rapport aux facteurs individuels prédisposant aux problèmes de comportement. Le tableau 7 présente les tests de khi deux et le tableau 8 présente les tests t et tests U.

Présence de tendances aux troubles mentaux (DI). En ce qui concerne les différentes tendances aux troubles mentaux (tableau 7), mesurées par le DI, on observe de faibles proportions d'enfants qui présentent probablement des problèmes de santé mentale (zones cliniques), variant de 4,5 % (tendances aux phobies spécifiques) à 17,0 % (tendances à l'intériorisation). Il y a quatre échelles de tendances dont les

proportions représentent environ 5 % des enfants (soit les plus faibles proportions) : phobies spécifiques, anxiété généralisée, dépression/dysthymie, et opposition/provocation. Ensuite, trois échelles de tendances sont représentées par environ 10 % des enfants : anxiété de séparation, problèmes de conduite et inattention/hyperactivité/impulsivité. Finalement, deux échelles sont représentées par près de 15 % des enfants : tendances à l'extériorisation (14,8 %) et tendances à l'intériorisation (17,0 %). Aucune différence significative n'est observée selon l'âge ou le sexe des enfants.

Présence de troubles de comportements intériorisés et extériorisés (CBCL). En ce qui concerne les échelles sommaires (tableau 7) : on observe qu'une plus grande proportion d'enfants se situent dans la zone clinique à l'échelle de problèmes de comportements extériorisés (68,9 %) qu'à l'échelle de problèmes intériorisés (48,9 %). Le score total de 63,3 % des enfants se situe dans la zone clinique. Les proportions d'enfants se situant dans la zone clinique des sous-échelles varient de 4,4 % (somatisation) à 42,2 % (agressivité). Il n'y a aucune distinction significative selon l'âge ou le sexe des enfants lorsque la zone clinique est comparée.

L'intensité des symptômes de dépression chez l'enfant (CDI). Le rang centile moyen (tableau 8) des enfants au CDI est de 57, ce qui signifie que leur niveau de dépression est égal ou supérieur à celui de 57 % des enfants en général (échantillon normatif). Ils se démarquent donc que de peu de la population en générale. Le test U de Mann-Whitney (tableau 8) indique que le rang centile des jeunes enfants est plus élevé que celui des enfants plus âgés. Les jeunes vivraient donc plus de symptômes dépressifs que les plus vieux. Il n'y a aucune différence selon le sexe des enfants.

La présence d'événements généraux pouvant être stressants et le niveau de stress de l'enfant face à ces événements (SSI). Quelques événements stressants et peu de stress lié à ces événements de vie généraux ont été vécus par les enfants, selon les parents répondants (tableau 8). En effet, la moyenne d'événements stressants survenus dans le milieu de vie des enfants, durant l'année, est de 3,7. Quant au niveau de stress

moyen, il se situe à 5,3 sur 32 (ce qui représente un faible niveau de stress). L'événement stressant le plus souvent observé (tableau 7), soit chez les trois quarts des enfants, est les problèmes de l'enfant à l'école, suivi des difficultés financières de la famille, observée chez la moitié des participants. Ensuite, plusieurs événements stressants sont observés chez 20 à 30 % (près du quart) des participants, soit : un problème de consommation d'un membre de la famille (21,1 %) ; une augmentation des disputes entre les parents (24,4 %) ; autres événements (24,7 %) ; l'arrivée d'un nouvel enfant/départ d'un enfant (25,6 %) ; le décès d'un membre de la famille (26,7 %) ; et le déménagement de la famille (27,8 %). À noter que le décès d'un parent ou d'un membre de la fratrie figure parmi les quatre événements les plus stressants pour les enfants, dans la version originale du SSI (Chandler, 1981). Les deux événements ayant été les moins souvent observés sont : l'incarcération d'un membre de la famille (7,8 %) ; et un incendie, un vol, une catastrophe naturelle (8,9 %).

Aucune différence significative quant au nombre moyen d'événements vécus et au niveau de stress moyens vécus par les enfants, n'est observée selon l'âge ou le sexe (tableau 8). Rares sont les différences observées lorsque chaque événement est comparé selon les groupes (tableau 7). Premièrement, en comparant selon l'âge des enfants, il y a une plus grande proportion d'enfants âgés de 10–12 ans (37,5 %), que de jeunes enfants (12,1 %) qui ont été exposés aux problèmes d'alcool ou de drogues d'un membre de la famille. Deuxièmement, selon le sexe des enfants, seulement deux différences significatives sont observées : d'une part, il y a une plus grande proportion de garçons (22,4 %) que de filles (6,3 %) qui ont été exposées à la perte d'emploi d'un des parents ; et d'autre part, il y a une plus grande proportion de filles (34,4 %) que de garçons (10,3 %), qui ont vu un membre de la famille avoir une maladie ou un accident grave.

L'état dissociatif de l'enfant (CDC). Près de 40 % des enfants se situent dans la zone clinique de problème de dissociation (tableau 7), c'est-à-dire que ces enfants présentent des symptômes élevés, à un niveau pathologique, de dissociation (problèmes d'identité, de dépersonnalisation, de mémoire et/ou de conscience) qui sont rarement

expérimentés par la population générale (Wherry, Neil et Taylor, 2009). Aucune distinction significative n'est observée selon l'âge ou le sexe des enfants.

Le niveau de fonctionnement global (Échelle de fonctionnement global dérivée du DSM-IV). Les scores moyens des enfants, soit avant et après l'apparition de leurs CSP, sont similaires puisqu'ils se situent dans la même catégorie de niveau de fonctionnement (tableau 8). Ces deux scores moyens, soit 61,8 avant et 64,5 après l'apparition des CSP, indiquent que le fonctionnement des enfants présente certains problèmes (score se situant entre 61 et 70) qui demandent une attention. Selon l'échelle clinique, ces scores correspondent à l'énoncé suivant : « la plupart des gens qui ne [les] connaissent pas très bien ne remarqueraient pas [leurs] problèmes, mais ceux qui [les] connaissent pourraient s'inquiéter ». Aucune distinction significative n'est observée selon l'âge ou le sexe des enfants.

L'estime de soi globale de l'enfant (SPPC). Le score moyen des enfants à l'échelle d'estime de soi globale (tableau 8) mesurée par le SPPC est de 19,4 sur 24, ce qui correspond au score moyen obtenu par les 1 143 jeunes du primaire et secondaire de l'étude de Muris, Meesters et Fijen (2003). Les enfants semblent donc avoir une bonne estime de soi globale, suivant la norme. Le test U de Mann-Whitney indique que le niveau d'estime de soi des filles est plus élevé que celui des garçons. Aucune distinction significative n'est observée selon l'âge des enfants.

La présence d'idéations suicidaires chez l'enfant (K-SADS). La proportion d'enfants présentant des idéations suicidaires actuelles (au moment de l'entrevue) varie de 21,1 à 27 % selon les répondants et la présence d'un moyen pour passer à l'acte est observée chez 15,0 à 26,7 %, selon les répondants (tableau 7). De 22,8 à 31,7 % des enfants ont déjà présenté par le passé des idéations suicidaires. Aussi, des différences significatives sont observées selon le sexe des participants. En effet, il y a une plus grande proportion de garçons qui ont actuellement des idéations suicidaires (29,2 % vs 8,0 % selon les parents ; et 36,8 % vs 12,0 % selon les intervenants) ou par le passé (40,5 % vs 11,1 % selon les parents et 37,8 % vs 9,5 % selon les intervenants). Selon

l'âge, on observe qu'une seule différence significative : comparés au plus jeunes, les enfants plus âgés sont proportionnellement plus nombreux à avoir des idéations suicidaires actuelles (41,4 % vs 17,1 %).

1.3 Les stressors affectant la capacité des parents à fournir des soins optimaux à leur enfant

Le tableau 9 en annexe présente les résultats en rapport aux stressors affectant la capacité des parents à fournir des soins optimaux à leur enfant.

La violence conjugale vécue par le parent répondant (CTS2). Il y a une très forte proportion de parents répondants ayant vécu de la violence conjugale, soit près de 60 % au courant de l'année et près de 80 % au courant de leur vie. Les proportions des quatre formes de violence conjugale, présentées en ordre décroissant, sont : violence psychologique mineure (59,7 % au courant de l'année et 77,5 % au courant de la vie) ; violence psychologique sévère (16,1 % au courant de l'année et 38,8 % au courant de la vie) ; violence physique mineure (11,3 % au courant de l'année et 33,3 % au courant de la vie) ; et violence physique sévère (3,2 % au courant de l'année et 25,0 % au courant de la vie). Lorsque les proportions des parents victimes de violence conjugale sont comparées en fonction du sexe ou de l'âge de leur enfant, aucune distinction significative n'est observée.

La détresse psychologique des parents (IDPESQ). Une proportion élevée de parents, soit près de 40 %, se retrouvent dans la zone clinique à l'échelle de détresse psychologique, c'est-à-dire qu'ils risquent de nécessiter une intervention. Lorsque les proportions de parents se situant dans la zone clinique sont comparées, selon l'âge ou le sexe des enfants, aucune distinction significative n'est observée. Toutefois, lorsque les scores bruts aux sous-échelles sont comparés à l'aide du test U de Mann-Whitney, on observe que les parents d'enfants âgés de 6-9 ans présentent plus souvent des comportements d'anxiété, d'irritabilité et de détresse psychologique, que les parents d'enfants âgés de 10-12 ans.

Événements de vie généraux vécus par le parent, au cours de l'année (SSI). Quelques événements stressants (moyenne de 3,5) et peu de stress lié à ces événements de vie généraux ont été vécus par les parents (moyenne de 5,5 sur 32). Aucune distinction significative n'est observée selon l'âge ou le sexe des enfants.

1.4 Pratiques parentales coercitives

Le tableau 10 présente en annexe les résultats en rapport aux pratiques parentales coercitives. Une description du profil et les comparaisons statistiques (khi deux, test t et test U) y sont présentées.

Les pratiques éducatives susceptibles d'entraîner des troubles de comportement chez l'enfant (APQ). Premièrement, le tiers des parents obtiennent un score se situant dans la zone clinique à l'échelle d'incohérence disciplinaire, c'est-à-dire qu'ils utilisent parfois ou plus souvent des comportements tels que : menace de punir, mais ne le fait pas ; se laisse persuader par l'enfant de ne pas le punir après qu'il est fait quelque chose de mal ; a l'impression que d'obliger l'enfant à obéir crée plus de problèmes. Deuxièmement, une faible proportion, soit 12,5 % des parents, présente un score se situant dans la zone clinique à l'échelle de supervision parentale déficiente, c'est-à-dire qu'ils utilisent parfois ou plus souvent des comportements tels que : l'enfant n'a pas d'heure précise pour rentrer à la maison, ne vérifie pas si l'enfant revient de l'école à l'heure prévue ou ne dit pas à quel endroit il va. Lorsque les proportions de parents présentant des scores se situant dans la zone clinique de ces échelles sont comparées, selon l'âge ou le sexe, aucune distinction significative n'est observée.

La fréquence des pratiques punitives (PBAQ). À l'échelle de pratiques punitives, les parents répondants ont un score moyen de 12 sur 15, ce qui montre qu'ils utilisent rarement des pratiques punitives, puisque plus le score est élevé, moins les comportements punitifs sont fréquents. Lorsque les scores moyens sont comparés selon l'âge ou le sexe des enfants, aucune différence significative n'est observée.

Les formes de maltraitances vécues par l'enfant (K-SADS). L'abus physique est une forme de maltraitance vécue par une forte proportion d'enfants (près de 40 à 50 % des enfants en sont victimes, selon les différents répondants). Ensuite, l'abus psychologique et la négligence sont vécus par environ les mêmes proportions d'enfants, soit près de 30 à 45 %, selon les répondants.

En comparant selon l'âge, les proportions d'enfants victimes d'abus physique sont significativement plus élevées chez les enfants âgés de 10-12 ans (68,8 % vs 35,2 %, selon les enfants ; 70 % vs 23,3 % selon les parents ; et 62,5 % vs 25 %, selon les cliniciens) que chez les enfants âgés de 6-9 ans. Lorsque les proportions sont comparées selon le sexe des enfants, on observe seulement une différence significative lorsque les réponses proviennent des parents : une plus forte proportion de garçons (56 %) a été victime d'abus physique, que de filles (32,1 %). Il n'y a pas de différence selon l'âge ou le sexe quant aux proportions d'enfants victimes de négligence.

L'exposition de l'enfant à de la violence conjugale (CTS2). Il y a une forte proportion d'enfants ayant été témoin de violence conjugale. Près de 60 % des enfants en ont été témoin au courant de leur vie et près de 40 % au courant de l'année. La violence psychologique est la forme de violence dont les enfants ont été témoins en plus grandes proportions (59,7 % au courant de leur vie et 37,1 % au courant de l'année), comparativement à la violence physique (17,5 % au courant de leur vie et 3,3 % au courant de l'année). Voici les proportions d'enfants ayant été témoins de chaque forme de violence conjugale, présentées en ordre décroissant : violence psychologique mineure (58,1 % au courant de la vie et 37,1 % au courant de l'année) ; violence psychologique sévère (28,4 % au courant de la vie et 8,1 % au courant de l'année) ; violence physique mineure (15,6 % au courant de la vie et 3,3 % au courant de l'année) ; et la violence physique sévère (13,8 % au courant de la vie et 0 % au courant de l'année). Lorsque les proportions d'enfants témoins de violence conjugale sont comparées en fonction de leur sexe ou de leur âge, aucune distinction significative n'est observée.

1.5 La perturbation du développement psychosexuel de l'enfant

Le tableau 11 en annexe présente les résultats en rapport à la perturbation du développement psychosexuel de l'enfant.

Contextes familiaux potentiellement à risque de perturber le développement psychosexuel de l'enfant. Le milieu familial des enfants présente en moyenne deux des 11 contextes à risque. Le contexte ayant été le moins souvent observé dans le milieu de vie des enfants est l'accès à des objets sexuels (6,6 %), suivis de « l'enfant partage son lit » (7,1 %). Près de 15 % des enfants vivent dans un milieu où : ils ont eu accès à internet sans supervision (13,6 %) ; et/ou ont vu des personnes se promener nues dans la maison (16,5 %). Ensuite, près du quart des enfants vivent dans un milieu où : ils ont eu accès à du matériel pornographique (24,7 %) ; ont eu accès à la télévision par câble sans supervision (23,3 %) ; et/ou ont pris un bain ou une douche avec une autre personne adulte ou enfant (28,4 %). Finalement, les trois caractéristiques ayant été les plus fréquemment observées dans le milieu de vie des enfants sont les suivantes : l'enfant a vu des relations sexuelles (39,0 %) ; l'enfant a partagé sa chambre (37,6 %) ; et/ou l'enfant dort à l'occasion dans le lit de ses parents (40,0 %).

Seulement une différence significative peut être observée lorsque la présence de caractéristiques sexuelles dans le milieu de vie des enfants est comparée selon leur âge. En effet, une plus grande proportion d'enfants âgés de 10-12 ans ont eu accès à du matériel pornographique (39,3 %) comparativement aux enfants âgés de 6-9 ans (15,6 %). Cette différence peut être due au passage du temps, puisque l'item se réfère au cours de la vie. Aucune différence significative n'est observée lorsque le cumul de caractéristiques sexuelles du milieu de vie de l'enfant est comparé selon l'âge.

Il existe seulement deux différences significatives lorsque les caractéristiques du milieu de vie des enfants sont comparées selon leur sexe. En effet, il existe une plus grande proportion de filles (51,6 %) qui ont pris un bain ou une douche avec une personne adulte ou enfant, comparativement aux garçons (14,0 %). Aussi, le test U de Mann-Whitney indique que le nombre de caractéristiques sexuelles présent dans le

milieu de vie des filles est plus élevé que le nombre de caractéristiques sexuelles présent dans le milieu de vie des garçons.

1.6 La qualité de l'attachement parent-enfant

Le sentiment de sécurité ressenti par l'enfant envers ses parents (KSS). Le tableau 12 en annexe montre que les enfants éprouvent le même niveau de sentiment de sécurité envers leur mère et leur père (30,2 sur 36 pour leur mère et 29,7 sur 36 pour leur père ; ce qui représente des scores normaux). Le test U de Mann-Whitney indique que le sentiment de sécurité des filles envers leur mère est plus élevé que le sentiment de sécurité des garçons envers leur mère. Aucune distinction significative n'est observée selon l'âge des enfants.

1.7 Synthèse du profil psychosocial

En résumé, la description du profil psychosocial des enfants présentant des CSP, selon les cinq domaines de risque, indique premièrement, pour les facteurs individuels prédisposant aux problèmes de comportement, que les enfants ont un profil assez détérioré. En effet, en ordre croissant, le quart des enfants ont des idées suicidaires, deux enfants sur trois présentent des problèmes extériorisés, 40 % ont des problèmes de dissociation et ont un niveau de fonctionnement qui présente certains problèmes, et la moitié ont des problèmes intériorisés. Les enfants ont un niveau de dépression moyen se situant dans la norme. Toutefois, ils semblent vivre peu de stress face aux événements généraux et ont une bonne estime de soi globale.

Deuxièmement, pour les stressseurs affectant la capacité des parents à fournir des soins optimaux à leur enfant, le profil semble aussi assez détérioré. En effet, de fortes proportions de parents répondants sont victimes de violence conjugale et présentent un niveau clinique de détresse psychologique. Toutefois, tout comme leur enfant, ils semblent vivre un faible niveau de stress face aux événements généraux.

Troisièmement, en ce qui concerne les pratiques parentales coercitives, on observe que de fortes proportions de parents ont fait preuve de maltraitance envers leur enfant, ont exposé ces derniers à de la violence conjugale et le tiers utilisent des pratiques parentales incohérentes.

Quatrièmement, au sujet du développement sexuel de l'enfant, on observe que peu de caractéristiques sexuelles sont présentes dans le milieu de vie des enfants (en moyenne 2 sur 11), mais que près de la moitié des enfants ont été témoin d'une relation sexuelle, ont partagé leur chambre, et/ou ont dormi à l'occasion dans le lit de leurs parents. Finalement, pour la qualité de l'attachement parent-enfant, les enfants présentent un bon niveau de sentiment de sécurité envers leurs deux parents.

En ce qui concerne les comparaisons statistiques effectuées selon l'âge des enfants, peu de différences ont été observées dans les cinq domaines de risque. Les plus jeunes enfants semblent présenter plus de difficultés. Premièrement, en ce qui concerne l'ensemble des facteurs individuels prédisposant aux problèmes de comportement, une seule différence est observée : les plus jeunes enfants ont un rang centile plus élevé à l'échelle de dépression du CDI. Deuxièmement, pour les stressors parentaux, les parents des enfants de 6-9 ans présentent plus souvent des comportements d'anxiété, d'irritabilité et de détresse psychologique que les parents d'enfants de 10-12 ans. Finalement, on observe que de plus fortes proportions d'enfants âgés de 10-12 ans ont eu des idées suicidaires, ont eu accès à du matériel pornographique et ont été victimes d'abus physiques ou psychologiques. Or, considérant que ces items ne se réfèrent pas à une période de temps spécifique, il est difficile de statuer si ces différences pourraient être expliquées par le passage du temps (donc plus d'occasions de vivre l'événement) ou par les stades développementaux.

En ce qui concerne les comparaisons réalisées en fonction du sexe des enfants, peu de différences ont été observées. Les seules différences observées concernent les facteurs individuels et les pratiques parentales, qui semblent être plus détériorés pour les garçons. Comparés aux filles, ces derniers ont une moins bonne estime de soi

globale, sont plus nombreux à présenter des idées suicidaires actuelles et à en avoir eu par le passé, et sont plus nombreux à avoir été victime d'abus physiques (selon les parents).

2. DESCRIPTION ET COMPARAISONS DES COMPORTEMENTS SEXUELS

2.1 Description et comparaison des comportements sexuels

Le tableau 13 en annexe présente les proportions d'enfants ayant émis des comportements sexuels (CS), au courant de leur vie, tel que rapporté par le parent et/ou par l'intervenant à partir des dossiers cliniques. Les résultats sont ici présentés par catégorie de CS, en ordre croissant, c'est-à-dire de la catégorie présentant la proportion moyenne la plus faible à la catégorie présentant la proportion moyenne la plus forte. Les comparaisons selon l'âge et le sexe des enfants sont également présentées pour chaque catégorie de CS.

Les touchers impliquant des animaux. Rares sont les enfants ayant émis des CS impliquant des animaux. En effet, la proportion moyenne d'enfants ayant émis ces CS est de 10,3 %. On observe que 7,4 % des enfants se sont livrés ou ont tenté de se livrer à des activités sexuelles avec des animaux et que 13,1 % des enfants ont touché ou tenté de toucher les parties génitales des animaux. Aucune différence significative n'est observée selon l'âge ou le sexe des enfants.

Les comportements en lien avec l'identité sexuelle. La proportion moyenne d'enfants ayant émis ce genre de CS est de 15 %. L'étendue des proportions d'enfants ayant émis ces CS varie de 6,8 % (disent qu'ils préféreraient être du sexe opposé) à 27,2 % (uriner debout pour une fille ou assis pour un garçon). Un seul des quatre CS différencie significativement les garçons des filles. Il y a une plus grande proportion de garçons qui urinent en position assise (38,5 %) que de filles qui urinent en position debout (6,9 %). Il n'y a pas de différence significative selon l'âge.

Les touchers dirigés vers les autres. La proportion moyenne d'enfants ayant émis des touchers sexuels dirigés vers les autres est de 20,6 %. L'étendue des proportions d'enfants ayant émis ces comportements varie de 10,1 % (introduit ou essaie de mettre le doigt dans le vagin ou l'anus des enfants) à 47,6 % (touche les parties génitales des enfants ou des adultes avec ses mains). Ce dernier CS est d'ailleurs le seul, parmi les 17 CS observés dans cette catégorie, rapporté chez plus de 40 % des enfants. Un seul CS différencie significativement les enfants selon l'âge : une plus grande proportion d'enfants âgés de 6-9 ans (24,5 %) que d'enfants âgés de 10-12 ans (6,5 %) « embrassent ou essaient d'embrasser des enfants ou des adultes ne faisant pas partie de la famille ». Puis, un seul CS différencie significativement les enfants selon le sexe : une plus grande proportion de garçons (37,7 %) que de filles (16,7 %) caressent les vêtements et/ou les cheveux des adultes.

Les touchers sexuels dirigés vers soi. La proportion moyenne d'enfants ayant émis des touchers sexuels dirigés vers soi est de 25,4 %. L'étendue des proportions d'enfants ayant émis ces CS est plus large que les autres catégories de CS, variant de 6,1 % (introduit ou essaie d'introduire des objets dans son vagin ou son anus) à 54,3 % (se masturbe quand il est seul). En observant les différences selon l'âge, les plus jeunes enfants se distinguent significativement des plus vieux pour trois des quatre CS comparés. En effet, il y a de plus grandes proportions d'enfants âgés de 6-9 ans qui ; frottent leur corps contre des personnes, des meubles ou d'autres objets (39,3 % vs 16,1 %) ; qui touchent leurs parties génitales à la maison, en compagnie d'autres personnes (39,3 % vs 16,1 %) et/ou en public (33,3 % vs 9,7 %). Ensuite, en regardant les différences selon le sexe, on observe seulement une différence entre les garçons et les filles. En effet, une plus grande proportion de garçons (37,9 %) que de filles (17,2 %) touchent leurs parties génitales à la maison, en compagnie d'autres personnes.

Les comportements sexuels d'observation. La proportion moyenne d'enfants ayant émis des CS d'observation est de 27,5 %. L'étendue des proportions d'enfants ayant démontré ces CS varie de 10,8 % (veut que des adultes manifestent des CS) à 45,8 % (aime regarder des scènes d'activités sexuelles). Deux de ces CS présentent des

proportions supérieures à 40 % et on observe que ces deux CS se distinguent significativement selon l'âge des enfants. D'une part, comparés aux enfants âgés de 6-9 ans, il y a une plus grande proportion d'enfants âgés de 10-12 ans qui aime regarder des scènes d'activités sexuelles à la télévision, dans les vidéos ou des dans les films (62,1 % vs 37,0 %). D'autre part, comparés aux enfants de 10-12 ans il y a une plus grande proportion d'enfants âgés de 6-9 ans qui essaient d'observer les autres lorsqu'ils sont à la salle de bain (50,0 % vs 25,0 %). Il n'existe aucune distinction significative lorsque les enfants sont comparés selon leur sexe.

Les comportements liés à la nudité. La proportion moyenne d'enfants ayant émis des CS liés à la nudité est de 27,9 %. Le CS observé en plus faible proportion chez les enfants est celui de demander à des enfants ou des adultes de prendre des photos de ses parties génitales (3,6 %). Ce CS est également le plus rarement rapporté, comparativement à l'ensemble des CS étudiés. Dans cette catégorie de CS, trois comportements ont été rapportés à des proportions supérieures à 40 %, soit ceux de : montrer ses parties génitales aux enfants/adultes (57,5 %) ; regarder ou essayer de regarder furtivement les enfants/adultes lorsqu'ils sont dans la salle de bain ou la chambre (45,9 %) ; et baisser son pantalon, montrer ses fesses et/ou ses parties génitales (44,8 %). Trois CS sont rapportés dans des proportions significativement différentes lorsque comparés selon l'âge des enfants. Il y a de plus grandes proportions de jeunes enfants (6-9 ans) qui ; essaient de déshabiller les autres (26,3 % vs 3,6 %) ; et qui regardent ou essaient de regarder sous la jupe ou dans le décolleté des filles (25,9 % vs 3,3 %), comparativement aux plus vieux (10-12 ans). Inversement, il y a une plus grande proportion d'enfants plus âgés (10-12 ans) qui regardent ou essaient de regarder des photos de personnes nues, comparativement aux enfants âgés de 6-9ans (30,0 % vs 9,8 %). Enfin, il n'existe aucune distinction significative lorsque les enfants sont comparés selon leur sexe.

Les comportements à connotation sexuels. La proportion moyenne d'enfants ayant émis des comportements à connotation sexuelles est de 31%. L'étendue des proportions d'enfants ayant démontré ces CS varie de 23,0 % (veulent porter des

vêtements sexy ou s'habiller trop vieux pour leur âge) à 41,9 % (adoptent un comportement de séduction par des gestes, démarche). Peu de différences sont observées selon le sexe des enfants : les filles se distinguent des garçons pour deux des six comportements comparés. En effet, il y a de plus grandes proportions de filles qui aiment danser comme des adolescents ou comme les adultes (53,3 % vs 30,4 %) ; et qui veulent porter des vêtements sexy ou s'habiller trop vieilles pour leur âge (51,6 % vs 7,1 %). Il n'y a aucune distinction significative lorsque les enfants sont comparés selon leur groupe d'âge.

Les comportements sexuels verbaux. Ces CS présentent une proportion moyenne de 36,5 %. L'étendue des proportions d'enfants ayant démontrés ces CS varie de 17,6 % (disent qu'ils veulent se livrer à des activités sexuelles avec des enfants) à 48,2 % (semblent trop intéressé par la sexualité). Trois comportements sur six de cette catégorie de CS ont été observés chez plus de 40 % des enfants. Aucune différence significative n'est observée lorsque les proportions d'enfants présentant ces CS sont comparées selon l'âge ou le sexe.

Les comportements en lien avec les frontières physiques. Cette catégorie de CS présente la plus forte proportion moyenne chez les enfants ayant des CSP. En effet, la proportion moyenne d'enfants ayant émis ce genre de CS est de 44,3 %. De plus, avec une étendue des proportions variant de 40,9 % à 49,4 %, on constate que l'ensemble des trois comportements présents dans cette catégorie sont rapportés chez plus de 40 % des enfants. En ce qui concerne les comparaisons de groupes, il n'existe aucune différence significative selon l'âge ou le sexe des enfants.

2.2 Caractéristiques contextuelles des comportements sexuels

Le tableau 14 en annexe présente les caractéristiques contextuelles des CS ainsi que leurs comparaisons selon l'âge et le sexe des enfants. Les cinq caractéristiques contextuelles des CS ayant été observées en plus grandes proportions chez les enfants ayant des CSP sont ici présentées en ordre croissant : d'autres enfants se sont plaints

des CS ou du langage (46,2 %) ; l'enfant semble incapable de cesser par lui-même ses CS (48,7 %) ; l'enfant se livre à des CS en dépit des limites claires et fermes des adultes (49,4 %) ; l'enfant semble différent en ce qui concerne la sexualité comparativement aux autres enfants de son âge (51,2 %) ; et l'enfant a eu des CS avec des enfants plus vieux ou plus jeunes (51,9 %).

Quatre autres caractéristiques contextuelles ont été observées en plus petites proportions chez les enfants, soit : se livre à des CS adultes étendus, persistants et mutuellement réciproques avec des enfants (13,8 %) ; à des CS avec des enfants avec qui il ne joue pas régulièrement (13,8 %) ; utilise la force physique avant, pendant ou après les CS (14,5 %) ; et a des CS qui deviennent plus fréquents, plus inquiétants et plus intrusifs au fil du temps (14,5 %). La caractéristique contextuelle ayant été la plus rarement observée chez 1,3 % des enfants concerne l'utilisation de la sexualité pour blesser physiquement une autre personne.

Aucune différence significative n'est observée lorsque les proportions d'enfants présentant ces caractéristiques de CS sont comparées selon l'âge et peu de caractéristiques des CS distinguent les enfants selon leur sexe. En effet, seules deux caractéristiques sur 24 distinguent les garçons des filles de façon significative. Premièrement, comparés aux filles, une plus grande proportion de garçons ont émis des CS avec des enfants plus vieux ou plus jeunes (61,1 % vs 33,3 %). Deuxièmement, une plus grande proportion de garçons manifestent un manque d'empathie ou de préoccupation envers les autres enfants impliqués dans leurs CS comparés aux filles (34,0 % vs 12,0 %).

En ce qui concerne le cumul des caractéristiques contextuelles des CS, on observe que les enfants en présentent en moyenne 6 sur 24. Le nombre de caractéristiques des CS présentés par les enfants varie de 0 (10,3 % des enfants) à 19 (2,1 % des enfants). Un enfant sur cinq présente 12 caractéristiques contextuelles des CS ou plus (soit la moitié des caractéristiques évaluées. Aucune différence significative lorsque le nombre de caractéristiques des CS est comparé selon l'âge ou le sexe.

2.3 Synthèse des comparaisons selon l'âge et le sexe

Lorsque comparés en fonction de l'âge, sur les neuf échelles de CS évaluées, Selon l'âge, une seule se distingue significativement entre les enfants de 6-9 ans et les enfants de 10-12 ans. Il s'agit de l'échelle des comportements dirigés envers soi, dans laquelle les jeunes enfants se sont distingués significativement des plus vieux pour trois des quatre CS comparés. Aucune distinction selon l'âge n'a été observée parmi les 24 caractéristiques contextuelles des CS.

Lorsque comparés en fonction du sexe, très peu de différences sont observées. En effet, en observant chaque échelle de CS, on constate zéro ou un item qui distingue significativement les enfants. La seule échelle comprenant deux items (sur six) qui distinguent significativement les filles des garçons est celle des comportements à connotation sexuelle. Ensuite, en fonction des caractéristiques de leurs CS, il existe seulement deux distinctions significatives, sur les 24 comparées, montrant plus de difficultés chez les garçons.

Il est important de se rappeler que 120 tests statistiques ont été réalisés et que l'on devrait s'attendre à ce que six tests significatifs (soit 5 % des résultats significatifs) soient l'effet du hasard. Il existe donc très peu de différences selon l'âge ou le sexe des enfants.

CINQUIÈME CHAPITRE

DISCUSSION

Dans ce dernier chapitre, nous discuterons dans un premier temps des résultats concernant le premier objectif de cette étude qui est de décrire le profil psychosocial et les comportements sexuels d'enfants présentant des CSP. Dans la première section, trois constatations seront discutées, soit l'hétérogénéité des profils, la pertinence du modèle théorique proposé et la variété des comportements sexuels présentés par les enfants. Dans la section suivante, nous discuterons des résultats des objectifs secondaires qui sont de comparer le profil psychosocial et les comportements sexuels des enfants CSP selon l'âge et le sexe des enfants. Ensuite, des implications cliniques au plan de l'évaluation et des traitements seront discutées, en fonction des constatations soulevées dans chacune des sections précédentes. Enfin, les forces et limites de l'étude seront présentées.

1. PROFIL PSYCHOSOCIAL ET COMPORTEMENTS SEXUELS D'ENFANTS AYANT DES CSP

La première constatation découlant des résultats est la suivante : les enfants ayant des CSP ont un profil psychosocial hétérogène. En effet, la grande majorité des variables mesurées dans les différents domaines de risques sont présentes chez moins de 50 % des enfants. En d'autres termes, il existe peu de caractéristiques communes (c.-à-d. qui sont partagées par la majorité des enfants) permettant de dresser un profil typique de ces enfants. Le groupe de travail de l'ATSA, qui a eu pour mandat de produire un guide de pratiques portant sur les enfants ayant des CSP (Chaffin *et al.*, 2006) arrivent à la même constatation pour ces enfants. Chaffin *et al.* (2006) concluaient : « Bien que quelques caractéristiques soient communes, pratiquement aucune caractéristique n'est universelle et il n'existe pas de profil ou d'ensemble de facteurs qui caractérisent ces enfants » (p. 2, traduction libre). Cette constatation est d'autant plus révélatrice dans notre étude, puisqu'il s'agit d'une sous-population d'enfants ayant des CSP plus homogène dans le sens où ils sont spécifiquement dirigés

vers un traitement pour CSP. On aurait pu s'attendre à un profil plus homogène, étant donné qu'ils partagent cette caractéristique particulière. Pour expliquer ce constat d'hétérogénéité, rappelons que le modèle théorique proposé par Boisvert *et al.* (2016) suggère que plusieurs trajectoires développementales menant aux CSP sont possibles, par l'interaction de différents facteurs contenus dans cinq domaines de risque, ce qui laisse place à une multitude de combinaisons de facteurs possibles, et donc, de profils distincts.

Parmi l'ensemble des variables mesurées, seulement trois caractéristiques sont partagées par une majorité d'enfants : (1) le trouble de comportement présent chez 63 % des enfants (notamment pour les problèmes extériorisés qui sont présents chez 70 % des enfants), (2) la maltraitance vécue par 70 % des enfants et (3) la violence psychologique vécue par 78 % des parents, dont 60 % des enfants ont été témoins. Concernant les problèmes de comportements extériorisés, ce résultat corrobore celui de la recension systématique de Boisvert *et al.* (2016) qui observent que : « les études concluent généralement que les enfants manifestant des CSP démontrent davantage de comportements extériorisés, soit dans 7 des 11 études qui ont testé cette variable » comparativement à des enfants sans CSP. Une étude plus récente menée par Dufour *et al.* (2017) auprès d'un échantillon représentatif d'enfants québécois dont le signalement à la protection de la jeunesse pour maltraitance a été jugé fondé va également dans le même sens. Ces auteurs ont comparé 72 enfants avec CSP à 948 enfants sans CSP et les résultats démontrent que les enfants ayant des CSP sont proportionnellement plus nombreux à présenter des troubles de comportement (21 % vs 7 %), des problèmes de fonctionnement extériorisés (43 % vs 15 %) et des problèmes de fonctionnement intériorisés (67 % vs 37 %) que les autres enfants dont le signalement a été jugé fondé, mais n'ayant pas de CSP. À ce sujet, Chaffin *et al.* (2006) expliquent que pour certains enfants, les CSP pourraient faire partie d'un problème de comportements plus général et que, par conséquent, la problématique des CSP peut être secondaire (c.-à-d. que les troubles de comportements seraient le problème principal) ou principale selon les cas. Dans le présent échantillon, on pourrait croire en effet que les CSP font partie d'un problème de comportement plus général,

vu les fortes proportions rapportées. De plus, l'expression de certains CSP peut être considérée comme une forme de comportements extériorisés, selon certains auteurs (Elkovitch, Latzman, Hansen et Flood, 2009 ; Friedrich, 2005). Il apparaît donc normal d'observer une forte proportion d'enfants présentant des difficultés comportementales. Rappelons que le CBCL (Achenbach et Rescola, 2000) comprend également des items de comportements sexuels pour mesurer les problèmes de comportements.

En ce qui concerne la maltraitance vécue par 70 % des enfants de notre échantillon, ce résultat concorde avec plusieurs études qui observent des liens significatifs entre la maltraitance et les CSP (Burton, 1996 ; Chaffin *et al.*, 2006 ; Friedrich, Davies, Feher et Wright, 2003 ; Hall *et al.*, 1998 ; Hershkowitz, 2011 ; Merrick *et al.*, 2008). Les études qui n'observent pas de lien significatif manquent entre autres de puissance statistique, selon la recension de Boisvert *et al.* (2016). Pour expliquer ce lien « les modèles théoriques axés sur le trauma soutiennent qu'un trauma précoce est susceptible de provoquer des sentiments négatifs [...] et des cognitions erronées chez les enfants qui en sont victimes, favorisant ainsi l'apparition de symptômes comportementaux, dont les CSP font partie (Cunningham et MacFarlane, 1996) » (traduction de Boisvert *et al.*, 2016, p. 200). Selon Merrick *et al.* (2008), les CSP auraient pour fonction de calmer l'anxiété et la détresse émotionnelle provoquées par la maltraitance. Aussi, les CSP pourraient être utilisés dans le but d'obtenir une proximité physique, une intimité avec l'adulte, afin de faire face au trauma (Gilgun, 2006). Ces résultats et ces réflexions indiquent que la maltraitance est liée à deux domaines de risque menant au développement des CSP : soit les pratiques parentales coercitives (parce qu'il s'agit de formes extrêmes de pratiques parentales) et la qualité de l'attachement parent-enfant.

En ce qui concerne la présence de violence conjugale psychologique vécue par le parent répondant à la maison (78 %) et les enfants qui en ont été témoins (60 %), peu d'auteurs ont étudié ces liens avec les CSP. Or, dans la recension de Boisvert *et al.* (2016), trois études sur six révèlent que le fait d'être témoin de violence familiale est significativement lié à la présence de CSP. La présence de violence conjugale au sein

d'une famille pourrait avoir deux liens avec les CSP de l'enfant, selon une perspective tirée du modèle proposé par Boisvert *et al.* (2016). D'une part, de façon indirecte, la violence conjugale qui représente un stressor important pour le parent victime pourrait affecter la qualité de ces pratiques parentales, qui elles, auront à leur tour un impact négatif sur les comportements de l'enfant. D'autre part, de façon plus directe, l'enfant qui est témoin de violence conjugale peut vivre une détresse psychologique, un trauma, ce qui peut l'amener à adopter des comportements sexualisés/agressifs pour y faire face, comme discuté plus tôt.

La deuxième constatation concerne le fait que les résultats confirment la présence de différentes variables dans quatre des cinq domaines de risque du modèle théorique proposé par Boisvert *et al.* (2016), ce qui appuierait la pertinence du modèle. Dufour *et al.* (2017), qui ont mené une étude portant sur le profil psychosocial de 1 020 enfants dont les mauvais traitements ont été jugés fondés en protection de l'enfance, arrivent à un constat similaire : soit que les enfants ayant des CSP présentent un profil détérioré dans tous les domaines de risque, sauf celui des stressors parentaux. Le fait qu'aucune variable liée à ce domaine n'ait été retenue dans le modèle de régression logistique est fort probablement lié à la nature de l'échantillon, car tous les enfants sont des enfants maltraités et donc avec une forte présence de stressors parentaux dans toutes les familles.

Enfin, en ce qui concerne la qualité de la relation d'attachement, l'absence de difficultés observée dans la présente étude pourrait être expliquée par le fait qu'une seule mesure provenant d'une seule source de données ait été incluse pour mesurer ce domaine. Toutefois, plusieurs indices portent à penser que ce domaine devrait également être détérioré soit les fortes proportions d'enfants ayant vécu de la maltraitance (70 %), ayant été placés en famille d'accueil (44 %) et ayant un niveau élevé de symptômes de dissociation (39 %). Les résultats de Dufour *et al.* (2017, p. 39) montrent même que « la présence de problèmes d'attachement a été notée de façon significativement plus fréquente chez le groupe d'enfants avec CSP », comparativement au groupe d'enfants sans CSP. Bref, l'ensemble des domaines de

risque proposés par Boisvert *et al.* (2016) méritent d'être étudiés, puisqu'ils semblent tous contribuer au développement et au maintien des CSP.

Le troisième constat concerne les comportements sexuels des enfants ayant des CSP : les types de comportements sexuels présentés par les enfants de cette étude sont variés et presque la totalité des comportements sont présentés, mais chez une minorité d'enfants. En effet, 63 comportements sexuels ont été observés, avec des proportions variant de 4 à 58 %. Seulement deux comportements sexuels sont présents chez une faible majorité d'enfants. Ce constat est semblable à ceux d'autres études, qui rapportent des proportions variant de 4 à 68 %, mais dont seulement 3 des 32 comportements sexuels mesurés sont représentés par une majorité d'enfants manifestant des CSP (Allen, 2017 ; Burton *et al.*, 1997 ; Gray *et al.*, 1999 ; Silovsky et Niec, 2002). Par exemple, l'étude d'Allen (2017), menée auprès de 245 enfants ayant des CSP et pris en charge par des services de protection de la jeunesse, montre des proportions minoritaires pour l'ensemble des six comportements sexuels mesurés, variant de 8 à 43 %. C'est aussi ce que Clements (2009) retrouve dans son échantillon d'enfants normaux, soit la présence de 36 comportements sexuels sur 37 mesurés, avec des proportions variant de 2 à 47 %. Les caractéristiques contextuelles entourant les comportements sexuels des enfants de notre échantillon sont également variées : les 24 caractéristiques ont été observées, avec des proportions variant de 1 à 52 %. Ces résultats montrent qu'en général, les comportements sexuels sont présents dans des proportions minoritaires d'enfants et sont très diversifiés. De plus, cette distribution est semblable à celle d'enfants normaux ou ayant vécu une agression sexuelle. Le profil psychosocial hétérogène des enfants ayant des CSP pourrait expliquer la grande diversité et l'hétérogénéité des comportements sexuels présentés.

2. COMPARAISONS SELON L'ÂGE ET LE SEXE

Le second objectif de cette étude est de comparer les variables du profil psychosocial ainsi que les comportements sexuels et leurs caractéristiques contextuelles, en fonction de l'âge et du sexe des enfants. Deux constatations sont ici

discutées : (1) peu de différences significatives sont observées en fonction de l'âge des enfants, et (2) peu de différences significatives sont observées en fonction du sexe des enfants.

Premièrement, en ce qui concerne les comparaisons en fonction des groupes d'âge, on constate qu'il y a peu de caractéristiques du profil psychosocial qui distinguent les enfants. En effet, sur 81 tests statistiques réalisés, seulement 10 ont révélé une différence significative, dans trois domaines de risque. Parmi le peu d'études qui ont comparé quelques variables du profil psychosocial en fonction des groupes d'âge, notons Gagnon, Bégin et Tremblay (2005) et Gray *et al.* (1999) qui arrivent au même constat. En effet, sept des neuf tests statistiques réalisés par Gray *et al.* (1999), sur un échantillon de 127 enfants ayant des CSP, révèlent qu'il n'y a pas de différence significative entre les groupes d'âge (6-9 ans vs 10-12 ans). Gagnon *et al.* (2005) et Gray *et al.* (1999) n'observent aucune différence quant à la présence de trouble de comportements, de problèmes de comportements intériorisés et de problème de comportements extériorisés, selon les groupes d'âge. De plus, pour les dix variables pour lesquelles il y a une différence significative dans notre étude, quatre peuvent s'expliquer par le passage du temps. Par exemple, lorsqu'on observe que de plus fortes proportions d'enfants âgés de 10-12 ans ont eu accès à du matériel pornographique, il faut dire que cet item se réfère au passage du temps et que par conséquent, ce groupe d'enfants a eu plus d'occasions de vivre cet événement. Bref, le peu de différences observées mène à penser que les mêmes facteurs de risque pourraient être présents dans les deux groupes et que ceux-ci présentent des profils semblables.

Toujours en comparant en fonction des groupes d'âge, concernant les comportements sexuels et leurs caractéristiques contextuelles, on constate également qu'il y a peu de différences significatives. En effet, sur 60 tests statistiques réalisés, seulement neuf ont révélé une différence significative, et aucune de ces différences ne concerne les caractéristiques contextuelles. Peu d'études ont comparé la présence de différents types de comportements sexuels, au sein d'un échantillon clinique d'enfants ayant des CSP, selon les groupes d'âge. La littérature qui a surtout mesuré la fréquence

des CSP, révèle des résultats contradictoires. Par exemple, dans l'étude de Gray *et al.* (1999), la fréquence des comportements sexuels mesurés par le CSBI ne diffère pas selon les groupes d'âge, alors que Gagnon *et al.* (2005) observent une plus forte fréquence chez les plus jeunes (6-9 ans vs 10-12 ans). Le peu de différences entre les deux groupes d'âge est également constaté auprès d'enfants normaux. En effet, Clements (2009) a notamment comparé 104 enfants normaux (sans CSP ni agression sexuelle), selon deux groupes d'âge (6-9 ans et 10-12 ans), et sur 52 tests statistiques réalisés, seulement quatre différences significatives ont été décelées. Bref, lorsque la présence de différents comportements sexuels est comparée selon le groupe d'âge, il ne semble pas y avoir beaucoup de différences.

Deuxièmement, en ce qui concerne les comparaisons en fonction du sexe, on constate qu'il y a également peu de caractéristiques du profil psychosocial qui distinguent les enfants. En effet, sur 79 comparaisons statistiques réalisées, seulement dix différences significatives ont été détectées dans trois domaines de risque. Le peu d'études qui comparent le profil psychosocial d'enfants ayant des CSP selon le sexe, rapportent également peu de différence significative (Gray *et al.*, 1999 ; Tarren-Sweeney, 2008). Par exemple, l'étude de Tarren-Sweeney (2008), menée auprès d'un échantillon de 347 enfants ayant des CSP, ne rapporte aucune différence significative sur un ensemble de 18 variables portant sur les formes de maltraitance vécue par les enfants, la violence conjugale dont ils sont témoins et la supervision parentale. L'absence de différence entre les sexes est probablement signe que les garçons et les filles ayant des CSP font face aux mêmes facteurs de risque.

Finalement, concernant les comportements sexuels et leurs caractéristiques contextuelles, rares sont les différences significatives relevées en fonction du sexe dans la présente étude. Sur un total de 58 tests statistiques, seulement huit différences significatives ont été relevées. Ce résultat semble concorder avec l'étude de Tarren-Sweeney (2008), qui n'observe que deux comportements sur huit, qui sont plus fréquemment observés chez les filles (flirter avec des étrangers et embrasser la bouche ouverte). De plus, lorsqu'une différence est observée, il est possible qu'elle soit

également présente dans une population normative. Par exemple, ici on observe plus de garçons qui touchent ses parties génitales à la maison en compagnie d'autres personnes, ce qui est également observé dans la population normale de l'étude de Clements (2009). D'ailleurs, l'étude de Clements rapporte également très peu de différences significatives, soit 4 sur 38, concernant les proportions d'enfants présentant des comportements sexuels, en fonction de leur sexe. Bref, les comportements sexuels diffèrent très peu selon le sexe des enfants avec CSP, ce qui est aussi observé chez les enfants normaux.

3. IMPLICATIONS CLINIQUES

Quelques implications cliniques entourant l'évaluation et le traitement auprès d'enfants présentant des CSP sont ici présentées, en tenant compte des constatations discutées précédemment.

Vu le profil hétérogène que présentent les enfants de cette étude, ce que corrobore les études précédentes (Boisvert *et al.*, 2016 ; Chaffin *et al.*, 2006 ; St-Amand, Villeneuve et Vaillancourt, 2017), il serait recommandé de procéder à une évaluation holistique qui tient compte des caractéristiques de l'enfant (caractéristiques psychologiques et comportementales), de l'environnement familial (supervision parentale, pratiques disciplinaires, relation parent-enfant) et des autres contextes sociaux (p. ex. : l'environnement scolaire), lorsqu'un enfant présente des CSP (Boisvert *et al.*, 2016 ; Chaffin *et al.*, 2006 ; Kellogg, 2009). Le modèle théorique proposé par Boisvert *et al.* (2016) qui tient compte de l'ensemble de ces recommandations semble donc prometteur en termes de modèle d'évaluation tout en étant spécifique sur les éléments à considérer, car c'est en tenant compte de toutes ces sphères qu'il sera possible de prodiguer les traitements les mieux adaptées à chacun des enfants et leurs parents (Chaffin *et al.*, 2006 ; Friedrich, 2007).

Vu la forte proportion d'enfants présentant des troubles de comportements (de nature non sexuelle), il serait pertinent d'utiliser les pratiques probantes en matière de

traitement des troubles de comportements. Ce constat est d'ailleurs partagé par nombre d'auteurs (Allen, 2017 ; Boisvert *et al.*, 2016 ; Chaffin *et al.*, 2006 ; Dufour *et al.*, 2017 ; Gagnon *et al.*, 2005 ; St-Amand *et al.*, 2017). Dans le livre de Patterson, Reid et Eddy (2002), le traitement des troubles de comportements est plus efficace lorsqu'il vise à améliorer, par des objectifs précis, les pratiques en gestion comportementale et lorsqu'il vise à améliorer les habiletés relationnelles, chez les parents, enseignants ou autres donneurs de soin. Par exemple, Epstein, Fonnesbeck, Williamson, Kuhn, Lindegren, Rizzone *et al.* (2015) observent dans leur recension portant sur les troubles de comportement que les enfants âgés de 5-12 ans dont les parents ont reçu un entraînement en gestion comportementale ont vu leurs comportements perturbateurs diminuer de façon significative.

Vu le profil détérioré des parents au plan des pratiques parentales, il serait important de les impliquer dans le traitement des enfants présentant des CSP. En effet, Chaffin *et al.* (2006) soulignent l'importance de la participation des parents dans le traitement, recommandation qui est d'ailleurs soutenue par nombre d'auteurs (Boisvert *et al.*, 2016 ; Dufour *et al.*, 2017 ; Heiman, Leiblum, Esquilin et Pallitto, 1998 ; Shawler, Bard, Taylor, Wilsie, Funderburk et Silovsky, 2017 ; St-Amand *et al.*, 2017). En effet, d'après une méta-analyse menée par St-Amand, Bard et Silovsky (2008) : « l'enseignement d'habiletés parentales de gestion des comportements [s'est] avéré l'ingrédient le plus efficace dans la réduction des CSP ». De plus, le site « The California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare », qui diffuse les programmes de traitements probants³, suggère deux programmes qui impliquent les parents : soit le « Children with Problematic Sexual Behavior Cognitive-Behavioral Treatment Program : School-age Program » (Silovsky, Swisher, Widdifield, et Turner, 2013) et le « Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy » (Cohen, Mannarino et Deblinger, 2006).

³ Ces deux programmes sont cotés 2, sur l'échelle de mesure scientifique, puisque qu'au moins une étude d'efficacité a été réalisée pour chaque programme, avec un échantillon aléatoire, démontrant des effets perdurant après au moins six mois.

Considérant les stressseurs vécus par les parents, notamment illustrés par la forte présence de violence conjugale psychologique, ceux-ci devraient également être traités pour ce problème. En effet, la détresse émotionnelle vécue par ces parents, en particulier chez les parents des plus jeunes enfants de cette étude, et la violence psychologique dont ils sont victimes, montrent qu'il serait important de leur apporter du soutien, puisque « la détresse émotionnelle des parents peut nuire, entre autres, à l'exercice de leur rôle parental et au soutien à l'enfant dans la mise en application des apprentissages réalisés au cours de l'intervention » (Silovsky Swisher, Widdifield et Burris, 2012 ; traduction de St-Amand *et al.* 2017, p. 60). D'ailleurs, les deux programmes probants nommés plus tôt prévoient un soutien aux parents.

L'absence ou le peu de différences significatives entre les groupes, selon l'âge et le sexe des enfants, permet d'appuyer certains paramètres en matière de thérapie de groupe, modalité de traitement qui présente plusieurs bénéfices⁴. Premièrement, comme les enfants ne diffèrent pas selon leur sexe, il ne serait pas contre-indiqué de former des groupes mixtes. St-Amand *et al.* (2017) nomment qu'il est commun de voir des groupes de traitements mixtes. Ce constat est également partagé par Gray *et al.* (1997), qui nomment que la formation de groupes unisexes comporterait même certaines limites et que selon leurs observations cliniques, il n'y a pas plus de comportements inadéquats lorsque les sexes sont mélangés. D'ailleurs, cette modalité de traitement est employée par l'un des programmes probants nommés plus tôt, soit le « Children with Sexual Behavior Problems Cognitive-Behavioral Treatment Program : Shool-Age Group » (Silovsky *et al.*, 2013).

Deuxièmement, concernant l'âge des enfants, bien que nos résultats montrent peu de différences entre les groupes d'âge au niveau du profil psychosocial et des comportements sexuels, il serait préférable de former des groupes plus homogènes, qui tiennent compte des différences développementales. Ainsi les cibles de traitement ne seraient pas différentes, mais le contenu serait adapté à l'âge des enfants. St-Amand *et*

⁴ Parmi ces bénéfices, notons : « l'apprentissage par observation/imitation, la réduction du sentiment d'isolement, le développement d'habiletés sociales, des discussions plus actives ainsi que de faibles coûts pour les organisations » (St-Amand *et al.* 2017).

al. (2017) nomment qu'il est courant de voir le groupe ainsi formé en fonction de l'âge : les 3-5 ans, 6-9 ans et 10-12 ans. À cet effet, il est à noter que le programme probant cité ci-haut prévoit une formation de groupe par tranche d'âge, soit les 6-9 ans et les 10-12 ans. Finalement, il est important de se rappeler que la modalité de traitement, soit par groupe, individuel ou familial, devrait être choisie en fonction des besoins de l'enfant et de sa famille, vu le profil hétérogène qu'ils présentent (Chaffin *et al.*, 2006).

4. FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE

4.1 Limites de l'étude

Cette recherche présente quelques limites ici discutées. Premièrement, la faible taille de l'échantillon n'a pas permis d'obtenir une distribution normale des participants pour plusieurs tests-t prévus pour comparer les groupes. Ce qui explique pourquoi des tests U de Mann-Whitney ont dû être utilisés. Or ces tests qui sont non paramétriques, mais tout de même valides, sont moins rigoureux et permettent moins bien de déceler des différences statistiques (Fortin, 2012). Aussi, plusieurs tests de khi deux n'ont pu être réalisés vu le manque de sujets dans certaines cellules. Il est possible que ces limites soient aussi liées à la rareté de certains problèmes.

Deuxièmement, l'une des variables souvent mesurées dans la littérature portant sur les CSP, soit la fréquence des comportements sexuels, n'a pas été ici mesurée. L'utilisation d'un questionnaire maison, qui n'a pas été validé, explique cette limite. Ce questionnaire gagnerait à être modifié, en y ajoutant certains aspects, dont la fréquence et la durée des comportements sexuels, ainsi qu'une référence temporelle plus courte (p. ex. : durant les six derniers mois). Ces aspects auraient donné des indices d'intensité des comportements sexuels et auraient permis plus de comparaisons entre les études.

Troisièmement, il faut garder en tête qu'un historique d'agression sexuelle ou d'exposition à de la sexualité peut ne pas avoir été rapporté, par ignorance des faits

(près de 40 % des enfants ont été victimes de négligence et 44,3 % des enfants sont en famille d'accueil, suggérant que les parents de ces enfants manquent d'informations).

Finalement, lorsque des groupes sont comparés selon l'âge, il est important de sélectionner des items qui se réfèrent à une période de temps relativement courte, allant jusqu'à un an, au lieu de « au cours de la vie », sans quoi, il est difficile d'évaluer si la différence est réellement attribuable aux stades développementaux.

4.2 Forces de l'étude

Cette étude présente une forte pertinence scientifique, si l'on considère les aspects suivants : elle s'appuie sur un modèle théorique pertinent ; elle couvre un vaste éventail d'informations entourant l'enfant, ses parents, son milieu de vie et ses comportements sexuels ; les informations sont recueillies auprès de différentes sources d'informations et par différentes méthodes (entrevue et questionnaires standardisés) ; elle porte sur une population encore peu étudiée, soit les enfants présentant des CSP et spécifiquement orientés vers un traitement pour leurs CSP ; et en fait des comparaisons selon l'âge et le sexe.

Selon la recension systématique menée par Boisvert *et al.* (2016), « aucune étude n'a exploré directement le rôle de l'attachement comme facteur associé aux enfants manifestant des CSP ». Cette étude est donc la première à évaluer l'ensemble des domaines de risque du modèle théorique proposé, comparé selon l'âge et le sexe, d'une population d'enfants ayant des CSP et spécifiquement orientés vers un traitement pour leurs CSP. Bien que peu d'informations aient été récoltées sur la qualité de l'attachement, il demeure important d'investiguer ce domaine de risque, vu son impact sur l'apparition de différents problèmes de comportements chez les enfants (Boisvert *et al.*, 2016 ; Schuengel, Oosterman et Sterkenburg, 2009).

CONCLUSION

En conclusion, cette étude portait sur des enfants présentant des CSP et orientés vers un traitement spécifique visant à diminuer leurs CSP. Le principal objectif était de décrire le profil psychosocial et les comportements sexuels de ces enfants, à l'aide du modèle théorique proposé par Boisvert *et al.* (2016). Les résultats ont démontré que ces enfants présentaient un profil psychosocial assez détérioré dans plusieurs domaines de vie, et que peu de caractéristiques communes pouvaient les décrire. Ces constatations démontrent l'importance de procéder à une évaluation holistique, lorsqu'un enfant présente des CSP, afin de lui prodiguer les traitements nécessaires.

Les objectifs secondaires de cette étude consistaient à comparer le profil psychosocial ainsi que les comportements sexuels, en fonction de l'âge et du sexe des enfants. Les résultats ont démontré que peu de différences distinguent les enfants selon ces caractéristiques. Ces constatations laissent croire que peu importe l'âge ou le sexe des enfants qui manifestent des CSP, ils sont tous susceptibles de vivre une variété de facteurs de risque.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Achenbach, T. M. (1991b). *Manual for the teacher's report form and 1991 profile (TRF)*. Burlington, VT: University of Vermont. Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M. (1991c). *Manual for the youth self-report form and 1991 profile (YSR)*. Burlington, VT: University of Vermont. Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M. et Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms & profiles: An integrated system of multi-informant assessment*. Burlington, VT: University of Vermont. Research Center for Children, Youth, & Families.
- Allen, B. (2017). Children with sexual behavior problems: Clinical characteristics and relationship to child maltreatment. *Child Psychiatry & Human Development*, 48(2), 189-199.
- Ambrosini, P. J. (2000). Historical development and present status of the schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children (K-SADS). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(1), 49-58.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC : American Psychiatry Association.
- Association des Centres jeunesse du Québec (2000). *Un sommet du Québec pour toute la jeunesse, et celle en très grande détresse*. Montréal : Association des Centres jeunesse du Québec.
- Axelson, D., Birmaher, B. J., Brent, D., Wassick, S., Hoover, C., Bridge, J. et al. (2003). A preliminary study of the Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children mania rating scale for children and adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 13(4), 463-470.
- Bergeron, L., Valla, J. P. et Breton, J. J. (1992). Pilot study for the Quebec Child Mental Health Survey: Part II. Correlates of DSM-III-R criteria among six to 14 year olds. *Canadian Journal of Psychiatry*, 37(6), 381-386.
- Bergeron, L., Valla, J. P., Breton, J. J., Gaudet, N. et Berthiaume, C. (1993). Factor analysis and reliability of parental behavior and attitudes questionnaire. In *Actes du 40^e Congrès annuel de l'American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, San Antonio, TX*.
- Boisvert, I., Tougas, A.-M., Gamet, M.-L. et Tourigny, M. (2017). Les comportements sexuels problématiques chez les enfants âgés de douze ans et moins. In M. Hébert, M. Fernet et M. Blais (dir.). *Le développement sexuel et psychosocial de l'enfant et l'adolescent* (p. 83-136). Louvain-la-Neuve : Éditions de Boeck.

- Boisvert, I., Tourigny, M., Lanctôt, N., Gagnon, M. M. et Tremblay, C. (2015). Psychosocial profiles of children referred for treatment for sexual behavior problems or for having been sexually abused. *Sexual Offender Treatment*, 10(2), 127-141.
- Boisvert, I., Tourigny, M., Lanctôt, N. et Lemieux, S. (2016). Comportements sexuels problématiques chez les enfants : une recension systématique des facteurs associés. *Revue de psychoéducation*, 45(1), 175-209.
- *Bonner, B. L., Walker, C. E. et Berliner L. (1999). *Children with sexual behavior problems: Assessment and treatment*. Final Report, Grant No. 90-CA-1469. Washington, DC: Administration of Children, Youth, and Families, DHHS.
- Burton, D. L. (1996). *Cognitive factors in sexually aggressive children*. Thèse de doctorat en psychologie, University of Washington, WA.
- *Burton, D. L., Nesmith, A. A. et Badten, L. (1997). Clinician's views on sexually aggressive children and their families: A theoretical exploration. *Child Abuse & Neglect*, 21(2), 157-170.
- Buchta, L. G. (2009). *Children with sexual behavior problems: An examination of characteristics before and after treatment*. Thèse de doctorat en psychologie, University of Utah, UT.
- Chaffin, M., Berliner, L., Block, R., Johnson, T. C., Friedrich, W. N., Louis, D. G., et al. (2006). *Report of the ATSA Task Force on children with sexual behavior problems*. Beaverton, OR: Association for the Treatment of Sexual Abusers.
- Chaffin, M., Berliner, L., Block, R., Johnson, T. C., Friedrich, W. N., Louis, D. G. et al. (2008). Report of the ATSA Task Force on children with sexual behavior problems. *Child Maltreatment*, 13(2), 199-218.
- Chandler, L. A. (1981). The source of stress inventory. *Psychology in the Schools*, 18(2), 164-168.
- Clements, G. (2009). *Les comportements sexuels des enfants de 2-12 ans victimes d'agression sexuelle ou non : comparaison de la nature et de la fréquence des comportements selon l'âge et le sexe*. Mémoire de maîtrise en psychoéducation, Université de Sherbrooke, Québec.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P. et Deblinger, E. (2006). *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents*. New York, NY: Guilford Press.
- Cunningham, C. et MacFarlane, L. (1996). *When children abuse*. Brandon, VT: Safer.

- Dadds, M. R., Maujean, A. et Fraser, J. A. (2003). Parenting and conduct problems in children: Australian data and psychometric properties of the Alabama Parenting Questionnaire. *Australian Psychologist*, 38(3), 238-241.
- Deluty, R. H. (1979). Children's Action Tendency Scale: A self-report measure of aggressiveness, assertiveness, and submissiveness in children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(6), 1061-1071.
- Deschesnes, M. (1998). Étude de la validité et de la fidélité de l'Indice de détresse psychologique de Santé Québec (IDPSQ-14), chez une population adolescente. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 39(4), 288-298.
- Dufour, C. (2015). *Profil psychosocial des enfants présentant des comportements sexuels problématiques dans les services de protection de la jeunesse*. Document téléaccessible à l'adresse <https://savoirs.usherbrooke.ca/bitstream/handle/11143/7580/Dufour_Claudia_MSc_2015.pdf?sequence=8&isAllowed=y>.
- Dufour, C., Tougas, A. M., Tourigny, M., Paquette, G. et Hélie, S. (2017). Profil psychosocial des enfants présentant des comportements sexuels problématiques dans les services québécois de protection de l'enfance. *Revue canadienne de service social*, 34(1), 23-45.
- Dyrborg, J., Larsen, F. W., Nielsen, S., Byman, J., Nielsen, B. B. et Gautre-Delay, F. (2000). The Children's Global Assessment Scale (CGAS) and Global Assessment of Psychosocial Disability (GAPD) in clinical practice: Substance and reliability as judged by intraclass correlations. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 9(3), 195-201.
- Elkovitch, N., Latzman, R. D., Hansen, D. J. et Flood, M. F. (2009). Understanding child sexual behavior problems: A developmental psychopathology framework. *Clinical Psychology Review*, 29(7), 586-598.
- Epstein, R., Fonnesebeck, C., Williamson, E., Kuhn, T., Lindegren, M. L., Rizzone, K., et al. (2015). *Psychosocial and pharmacologic interventions for disruptive behavior in children and adolescents*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Eyberg, S. M. et Ross, A. W. (1978). Assessment of child behavior problems: The validation of a new inventory. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 7(2), 113-116.
- Evans, G. W. (2003). A multimethodological analysis of cumulative risk and allostatic load among rural children. *Developmental Psychology*, 39(5), 924-933.
- Fortin, M. F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^e éd.). Montréal : Chenelière éducation (1^{re} éd. 2006).

- Frick, P. J. (1991). *The Alabama parenting questionnaire : Unpublished rating scale*. Thèse de doctorat en psychologie, University of New Orleans, LA.
- Friedrich, W. N. (1997). *Child Sexual Behavior Inventory (CSBI-III): Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Friedrich, W. N. (2005). Correlates of sexual behavior in young children. *Journal of Child Custody*, 2(3), 41-55.
- Friedrich, W. N. (2007). *Children with sexual behavior problems: Family-Based attachment-focused therapy*. New York, NY: Norton & Company.
- Friedrich, W. N., Beilke, R. L. et Purcell, J. (1989). *Child Sexual Behavior Inventory (CSBI-II)*. Rochester, MN: Mayo Clinic, Psychology Department.
- Friedrich, W. N., Davies, W. H., Feher, E. et Wright, J. (2003). Sexual behavior problems in preteen children: developmental, ecological, and behavioral correlates. *Annals of New York Academy of Science*, 989(1), 95-104.
- Friedrich, W. N., Grambsch, P. et Boughton, R. L. (1991). Normative sexual behavior in children. *Pediatrics*, 88(3), 456-464.
- Friedrich, W. N., Grambsch, P., Damon, L., Hewitt, S. K., Koverola, C., Lang, R., et al. (1992). Child sexual behavior inventory: Normative and clinical comparisons. *Psychological Assessment*, 4(3), 303-311.
- Friedrich, W. et Luecke, W. (1988). Young school-age sexually aggressive children. *Professional Psychology Research and Practice*, 19(2), 155-164.
- Friedrich, W.N., Sandfort, T.G., Oostveen, J. et Cohen-Kettenis, P.T. (2000). Cultural differences in sexual behavior: 2-6 year old Dutch and American children. *Journal of Psychology & Human Sexuality*, 12(1-2), 117-129.
- Gagnon, M. M., Bégin, H. et Tremblay, C. (2005). Profil psychosocial d'enfants présentant des comportements sexuels problématiques : étude descriptive. *Revue québécoise de psychologie*, 26(1), 223-241.
- Gagnon, M. M., Bégin, H. et Tremblay, C. (2006). Émergence des comportements sexuels problématiques chez les enfants : éléments de compréhension. Children with sexually problematic behavior: Guidelines. *Revue 83 de psychoéducation*, 35(1), 95-120.
- Gilgun, J. F. (2006). Children and adolescents with problematic sexual behaviors: Lessons from research on resilience. *Current Perspectives on Working with Sexually Aggressive Youth and Youth with Sexual Behavior Problems*, 383-394.

- Gouvernement du Canada (2014). Code criminel, L.R.C. (1985), ch. C-46. Repéré à <http://lois-laws.justice.gc.ca/PDF/C-46.pdf>
- Gouvernement du Québec (2015). Infractions sexuelles au Québec – Faits saillants 2013. Repéré à http://www.securitepublique.gouv.qc.ca/fileadmin/Documents/police/statistiques/agressions_sexuelles/2013/infractions_sexuelles_2013.pdf.
- *Gray, A., Pithers, W. D., Busconi, I. et Houchens, P. (1999). Developmental and etiological characteristics of children with sexual behavior problems: Treatment implications. *Child Abuse & Neglect*, 23(6), 601-621.
- Greenberg, M. T., Speltz, M. L. et DeKlyen, M. (1993). The role of attachment in the early development of disruptive behavior problems. *Development and Psychopathology*, 5(1-2), 191-213.
- Grossi, L. M., Lee, A. F., Schuler, A., Ryan, J. L. et Prentky, R. A. (2016). Sexualized behaviors in cohorts of children in the child welfare system. *Child Abuse & Neglect*, 52, 49-61.
- *Hall, D. K., Mathews, F. et Pearce, J. (1998). Factors associated with sexual behavior problems in young sexually abused children. *Child Abuse & Neglect*, 22(10), 1045–1063.
- *Hall, D. K., Mathews, F. et Pearce, J. (2002). Sexual behavior problems in sexually abused children: a preliminary typology. *Child Abuse & Neglect*, 26(3), 289-312.
- Harter, S. (1985). *Manual for the self-perception profile for children: Revision of the perceived competence scale for children*. University of Denver, CO.
- Hélie, S., Collin-Vézina, D., Turcotte, D., Trocmé, N. et Girouard, N. (2017). *Étude d'incidence québécoise sur les situations évaluées en protection de la jeunesse en 2014 (ÉIQ-2014)*. Montréal : Centre jeunesse de Montréal-Institut Universitaire.
- Hélie, S., Turcotte, D., Trocmé, N. et Tourigny, M. (2012). *Étude d'incidence québécoise sur les situations évaluées en protection de la jeunesse en 2008 (ÉIQ-2008)*. Montréal: Centre jeunesse de Montréal-Institut Universitaire.
- Heiman, M. L., Leiblum, S., Esquilin, S. C. et Pallitto, L. M. (1998). A comparative survey of beliefs about “normal” childhood sexual behaviors. *Child Abuse & Neglect*, 22(4), 289-304.
- Hershkowitz, I. (2011). The effects of abuse history on sexually intrusive behavior by children: An analysis of child justice records. *Child Abuse & Neglect*, 35(1), 40-49.

Hughes, A. et Grawoig, D. (1971). *Statistics: A foundation for analysis*. Boston, MA: Addison-Wesley Publishing Company.

IBM SPSS Statistics 23 (2015). V. 23.0. Sur logiciel. Armonk, NY: IBM Corp.

Johnson, T.C. (1988). Child perpetrators-children who molest other children: Preliminary findings. *Child Abuse & Neglect*, 12, 219-229.

Johnson, T. C. (1998). Children who molest. *In Sourcebook of treatment programs for sexual offenders* (p. 337-352). Boston, MA: Springer.

Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U., Flynn, C., Moreci, P. *et al.* (1997). Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children: Present and Lifetime version (K-SADS-PL). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(7), 980-988.

Keenan, K. (2003). *Le développement et la socialisation de l'agressivité pendant les cinq premières années de la vie*. Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants. Repéré à <www.enfant-encyclopedie.com/Pages/PDF/KeenanFRxp.pdf>.

Kellogg, N. D. (2009). Clinical report: The evaluation of sexual behaviors in children. *Pediatrics*, 124(3), 992-998.

Kerns, K. A., Klepac, L. et Cole, A. (1996). Peer relationships and preadolescents' perceptions of security in the child-mother relationship. *Developmental psychology*, 32(3), 457-466.

Kovacs, M. (1992). *The Children's Depression Inventory (CDI): Manual*. Toronto: Multi-Health Systems.

Lahey, B. B., Waldman, I. D. et McBurnett, K. (1999). The development of antisocial behavior: An integrative causal model. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40(5), 669-682.

Latimer, K., Wilson, P., Kemp, J., Thompson, L., Sim, F., Gillberg, C. *et al.* (2012). Disruptive behaviour disorders: A systematic review of environmental antenatal and early years risk factors. *Child: Care, Health and Development*, 38(5), 611-628.

Lepage, J., Tourigny, M., Pauzé, R., McDuff, P. et Cyr, M. (2010). Comportements sexuels problématiques d'enfants pris en charge par les services québécois de protection de l'enfance : facteurs associés. *Sexologies*, 19(2), 119-126.

Lévesque, M., Bigras, M. et Pauzé, R. (2010). Externalizing problems and problematic sexual behaviors: Same etiology? *Aggressive Behavior*, 36(6), 358-370.

- Merrick, M. T., Litrownik, A. J., Everson, M. D. et Cox, C. E. (2008). Beyond sexual abuse: The impact of other maltreatment experiences on sexualized behaviors. *Child Maltreatment*, 13(2), 122-132.
- Moffitt, T. E. (2017). Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: A developmental taxonomy. In T. E. Moffitt. *Biosocial Theories of Crime* (p. 69-96). Routledge.
- Muris, P., Meesters, C. et Fijen, P. (2003). The self-perception profile for children: Further evidence for its factor structure, reliability, and validity. *Personality and Individual Differences*, 35(8), 1791-1802.
- Patterson, G. R., Reid, J. B. et Eddy, J. M. (2002). *A brief history of the Oregon model. Antisocial behavior in children and adolescents: A developmental analysis and model for intervention*. Washington, DC: American Psychological Association.
- *Pithers, W. D., Gray, A., Busconi, A. et Houchens, P. (1998). Five empirically-derived subtypes of children with sexual behaviour problems: Characteristics potentially related to juvenile delinquency and adult criminality. *The Irish Journal Of Psychology*, 19(1), 49-67.
- Préville, M., Boyer, R., Potvin, L., Perrault, C. et Légaré, G. (1992). *La détresse psychologique : détermination de la fiabilité et de la validité de la mesure utilisée dans l'enquête Santé Québec 87*, Les cahiers de recherche, no 7, Ministère de la santé et des Services Sociaux.
- Putnam, F. W., Helmers, K. et Trickett, P. K. (1993). Development, reliability, and validity of a child dissociation scale. *Child Abuse & Neglect*, 17(6), 731-741.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385-401.
- Ray, J. A. et English, D. J. (1995). Comparison of female and male children with sexual problems. *Journal of Youth & Adolescence*, 24(4), 439-451.
- Saylor, C. F., Finch, A. J., Spirito, A. et Bennett, B. (1984). The children's depression inventory: a systematic evaluation of psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52(6), 955-967.
- Schuengel, C., Oosterman, M. et Sterkenburg, P. S. (2009). Children with disrupted attachment histories: Interventions and psychophysiological indices of effects. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 3(1), 3-26.
- Shaffer, D., Gould, M. S., Brasic, J., Ambrosini, P. J., Fisher, P., Bird, H. et al. (1983). A children's global assessment scale (CGAS). *Archives of General Psychiatry*, 40(11), 1228-1231.

- Shawler, P. M., Bard, M. E., Taylor, E. K., Wilsie, C., Funderburk, B. et Silovsky, J. F. (2017). Parent-Child Interaction Therapy and young children with Problematic Sexual Behavior: A conceptual overview and treatment considerations. *Children and Youth Services Review*, 84, 206-214.
- Sheehan, M. J. et Watson, M. W. (2008). Reciprocal influences between maternal discipline techniques and aggression in children and adolescents. *Aggressive Behavior*, 34(3), 245–255.
- Shelton, K. K., Frick, P. J. et Wootton, J. (1996). Assessment of parenting practices in families of elementary school-age children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 25(3), 317-329.
- Silovsky, J. F. et Niec, L. (2002). Characteristics of young children with sexual behavior problems: A pilot study. *Child Maltreatment*, 7(3), 187-197.
- Silovsky, J. F., Swisher, L. M., Widdifield Jr, J. et Burris, L. (2012). Clinical considerations when children have problematic sexual behavior. In P. Goodyear-Brown (éd.), *Handbook of child sexual abuse: Identification, assessment, and treatment* (p. 399-428). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons Inc.
- Silovsky, J. F., Swisher, L.M., Widdifield, J. et Turner, V.L. (2013). Children with sexual behavior problems. In D.S. Bromberg et W.T. O'Donohue (éd.), *Handbook of child and adolescent sexuality: Development and forensic psychology* (p. 497-518). Oxford: Academic Press.
- Sparrow, S. S., Balla, D. A. et Cicchetti, D. V (1984). *Vineland adaptive behavior scales interview edition: Survey Form Manual*. Pines, MN: American Guidance Service.
- Sperry, D. M. et Gilbert, B. O. (2005). Child peer sexual abuse: Preliminary data on outcomes and disclosure experiences. *Child Abuse & Neglect*, 29(8), 889-904.
- St-Amand, A., Bard, D. E. et Silovsky, J. F. (2008). Meta-analysis of treatment for child sexual behavior problems: Practice elements and outcomes. *Child Maltreatment*, 13(2), 145-166.
- St-Amand, A., Saint-Jacques, M. C. et Silovsky, J. F. (2011). Comprendre les enfants aux comportements sexuels problématiques et intervenir auprès d'eux : bilan des connaissances. *Revue canadienne de service social*, 28(2), 225-253.
- St-Amand, A., Villeneuve, M. P. et Vaillancourt, A. (2017). Les comportements sexuels problématiques chez les enfants: pistes de réflexion pour une pratique en émergence. *Service social*, 63(1), 55-72.

- Straus, M. A., Hamby, S. L., Boney-McCoy, S. et Sugarman, D. B. (1996). The Revised Conflict Tactics Scales (CTS2) development and preliminary psychometric data. *Journal of Family Issues*, 17(3), 283-316.
- Suissa, P., Balençon, M. et Roussey, M. (2010). Mineurs auteurs d'abus sexuels sur d'autres mineurs. In. O. Kremp et M. Roussey (dir.), *Pédiatrie sociale ou l'enfant dans son environnement*. Tome 2. (p. 235-247). Paris, FR: Doin.
- *Szanto, L., Lyons, J. S. et Kisiel, C. (2012). Childhood trauma experience and the expression of problematic sexual behavior in children and adolescents in state custody. *Residential Treatment for Children & Youth*, 29(3), 231-249.
- Tarren-Sweeney, M. (2008). Predictors of problematic sexual behavior among children with complex maltreatment histories. *Child Maltreatment*, 13(2), 182-198.
- The California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare (s.d.). *Information and Ressources for Child Welfare-Professionals*. Site télé-accessible à l'adresse <<http://www.cebc4cw.org/>>. Consulté le 21 mars 2019.
- Tourigny, M. et Gagnon, M. (2007). Traduction et adaptation du *Child Sexual Behavior Checklist (CSBCL)*. Manuscrit non publié, Université de Sherbrooke, Québec.
- Tourigny, M., Gagnon, M., et Boisvert, I. (2006). *Projet de recherche auprès des enfants présentant des comportements sexuels problématiques et leurs parents*. Manuscrit non publié, Université de Sherbrooke, Québec.
- Valla, J. P., Bergeron, L., St-Georges, M. et Berthiaume, C. (2000). Le Dominique Interactif : présentation, cadre conceptuel, propriétés psychométriques, limites, et utilisations. *Revue canadienne de psycho-éducation*, 29(2), 327-347.
- Wallace, S. L. (2013). *A typology of preadolescent sexual abusers based on the emerging personality patterns in the millon preadolescent clinical inventory*. Thèse de doctorat en éducation, University of Arkansas, AR.

ANNEXE A

Tableau 1
Caractéristiques des études recensées

Études	n (CSP) ♂% M : âge	Provenance de la pop. clinique	Évaluation des CSP		
			Source de données	Méthodes de collecte de données	Analyses statistiques
1a. Pithers <i>et al.</i> (1998)	n : 127 ♂ : 65% M : 8,8	Identifiés par des praticiens en santé mentale, des agences de protection de la jeunesse, des écoles, des parents, au Vermont, États-Unis.	Parents Enfants	CSBI-3 Entrevue	Cluster MANOVA ANOVA Khi deux
1b. Gray <i>et al.</i> (1999)					Chi carré Anova
2a. Hall <i>et al.</i> (1998)		Enfants abusés sexuellement ayant suivi un traitement (dossiers fermés) à Calgary ou à Toronto.	Dossiers cliniques	Questionnaire maison contenant 9 items sur 26 des caractéristiques contextuelles du CSBC (Johnson, 1994).	Khi deux
2b. Hall <i>et al.</i> (2002)	n : 77 ♂ : 37% M : 4,9	Sous-échantillon de l'étude précédente, soit les enfants ayant des comportements sexuels interpersonnels, avec ou sans problématique de comportements autodirigés/d'intérêts sexuels.			Khi deux Cluster
3. Szanto (2012)	n : 1 633 ♂ : 50% M : 11,5	Enfants et adolescents âgés de 5-20 ans, pris en charge par des services de protection de l'Illinois : <i>Illinois of Children and Family Services</i> (IDCFS), entre juillet 2005 et novembre 2009.	Enfants	Child and Adolescent Needs and Strengths (CANS)	Khi deux
4. Burton <i>et al.</i> (1997)	n : 228 ♂ : 79% M : 7-10 ans	Enfants présentant des CSP et suivi par des professionnels qui s'intéressent à cette problématique	Intervenants	Q. maison basé sur étude Friedrich (1992)	Test U de Man-Whitney
5. Bonner <i>et al.</i> (1999)	n : 201 (/253) ♂ : 63% M : 7,8	Enfants référés par un professionnel ou leurs parents pour évaluation/traitement, avec et sans CSP et leurs parents/donneurs de soins. Oklahoma City et Seattle.	Parents	CSBI-2	ANOVA Khi deux

L'ensemble des études ont un mode d'échantillonnage de convenance

♂ : garçons

M : moyenne

Caractéristiques des études recensées (suite)

Études	Variables typologiques	Groupes de CSP	Variables comparatives (regroupées)
Pithers <i>et al.</i> (1998)	1-Sexe 2-AS 3-Âge 4-CSP 5-DX	Gr. 1 : sans trouble (n=23) Gr. 2 : réactifs à l'abus (n=25) Gr. 3 : hautement traumatisés (n=22) Gr. 4 : briseurs de règles (n=35) Gr. 5 : sexuellement agressifs (n=22)	CSP Maltraitance Facteurs individuels Âge Sexe
	1-Sexe 2-Âge	Gr. 1 : garçons (n=83) Gr. 2 : filles (n=44) Gr. 3 : 6-9 ans (n=67) Gr. 4 : 10-12 ans (n=60)	CSP Maltraitance Facteurs individuels
Hall <i>et al.</i> (1998)	1. CSP autodirigés 2. CSP interpersonnels	Gr. 1 : comportements sexuels normaux (n=22) Gr. 2 : CSP autodirigés seulement (n=15) Gr. 3 : CSP interpersonnels avec/sans CSP autodirigés (n=62)	Maltraitance Facteurs individuels Facteurs familiaux Expérience d'AS
Hall <i>et al.</i> (2002)	1. Maltraitance 2. Description de l'AS 3. Problèmes de cpt 4. Facteurs familiaux (3 variables)	Gr. 3a : CS interpersonnels non planifiés (n=5) Gr. 3b : CS interpersonnels planifiés, sans coercition (n=13) Gr. 3c : CS interpersonnels planifiés, avec coercition (n=21)	CSP Traitement Sexe Âge
Szanto, 2012	1. CS en lien avec le développement sexuel 2. CS réactifs 3. CS agressifs 4. CS réactifs et agressifs	Gr. 0 : Sans CSP (n=4 343) Gr. 1 : Problèmes avec la sexualité (n=1 155) : Gr. 2 : Comportements sexuels réactifs (n=261) : Gr. 3 : Comportements sexuels agressifs (n=83) : Gr. 4 : Comportements sexuels réactifs et agressifs (n=134)	Sexe Âge (12 ans et moins VS 13 et +)
Burton <i>et al.</i> (1997)	1-Sexe 2-AS 3-Perception des cpt. 4-Âge	Gr. 1-2 : gars (n=228)/filles (n=59) Gr. 3-4 : AS (n=164)/non AS (n=64) Gr. 5-6 : percevant CS normaux (n=76)/non-normaux (n=152) Gr. 7-8 : de 6 ans et moins (n=36)/7 ans et plus (n=192)	CSP AS Facteurs individuels Âge Sexe
Bonner <i>et al.</i> (1999)	1-CSP : inappropriés, intrusifs, agressifs	Gr. 1 : comportements sexuels inappropriés (n=40) Gr. 2 : comportements sexuels intrusifs (n=74) Gr. 3 : comportements sexuels agressifs (n=87)	CSP Abus physique Facteurs familiaux Facteurs individuels Âge Sexe

Tableau 2

Comparaisons statistiques des variables du profil psychosocial, selon l'âge des enfants

Domaines	Variables comparées selon l'âge	Gray <i>et al.</i> (1999)	Burton <i>et al.</i> (1997)
	Présence/absence d'un problème d'adaptation	6-9ans(27%) > 10-12ans(12%); Khi-2*	
	Échelle de problèmes au ECBI	6-9ans(14,8)=10-12ans(13,7) (Seuil=11,0) Anova	
	Échelle d'intensité au ECBI	6-9ans(146,9) > 10-12ans(133,2) (seuil=127); Anova*	
	Zone clinique à l'échelle d'intensité (ECBI)	6-9ans(?) > 10-12 ans(?%); Khi-2*	
	% d'enfants se trouvant dans la zone clinique (Score total; CBCL)	6-9ans(?) = 10-12ans(?%); Khi-2	
	% d'enfants se trouvant dans la zone clinique (Problèmes intériorisés; CBCL)	6-9ans(?) = 10-12ans(?%); Khi-2	
Domaine 1	% d'enfants se trouvant dans la zone clinique (Problèmes extériorisés; CBCL)	6-9ans(?) = 10-12ans(?%); Khi-2	
	Score moyen à l'échelle de problèmes intériorisés (TRF)	6-9ans(55,5) < 10-12ans(59,6); Anova*	
	Score moyen à l'échelle de score total (TRF)	6-9ans = 10-12ans; Anova	
	Moyenne à l'échelle d'agressivité (CATS)	6-9ans (?) = 10-12ans (?); Anova	
	Moyenne à l'échelle d'affirmation de soi (CATS)	6-9ans (14,7) < 10-12ans (16,2); Anova*	
	Moyenne à l'échelle de soumission (CATS)	6-9ans (10,2) > 10-12ans (9); Anova*	
	Scores moyens aux score total, problèmes intériorisés et problèmes extériorisés (YSR)	6-9ans = 10-12ans; Anova	
Domaine 4	A été victime d'abus sexuel		Ø diff.
	Nombre d'abuseurs sexuels	6-9ans(?)=6-9ans(?); Anova*	Ø diff.

Domaine 1 : Facteurs individuels prédisposant aux problèmes de comportement

Domaine 4 : Perturbation du développement psychosexuel de l'enfant

* : différence significative

Tableau 3

Comparaisons statistiques des variables du profil psychosocial, selon le sexe des enfants

Domaines	Variables comparées selon le sexe	Gray <i>et al.</i> 1999	Burton <i>et al.</i> (1997)	Pithers <i>et al.</i> (1998)
Domaine 1	Groupe « sans trouble »			F(44%) > G(?%); Khi-2*
	Groupe « hautement traumatisés »			F(32%) = G(68%)
	Groupe »briseurs de règles »			F(42%) > G(?%); Khi-2*
	Présence d'un dx de TDA/H	G(49%) > F(22%); Khi-2*		
	Présence d'un dx de PTSD	G=F		
	Présence d'un dx de TOP	G=F		
	Présence d'un dx de TC	G(83%) > F(62%); Khi-2*		
	Présence d'un problème d'adaptation	F(29%) > G(15%); Khi-2*		
	Échelle de problèmes au ECBI	G(14,5)=F(13,8) (seuil=11,0); anov		
	Échelle d'intensité au ECBI	G=F		
	Zone clinique à l'échelle d'intensité (ECBI)	G=F		
	Score moyen à l'échelle de problèmes intériorisés (TRF)	G(59,2) > F(54,0); Anova*		
	Score moyen à l'échelle de score total (TRF)	G=F		
	Moyenne à l'échelle d'agressivité (CATS)	G(?)=F(?)		
	Moyenne à l'échelle d'affirmation de soi (CATS)	G(?)=F(?)		
Domaine 3	Moyenne à l'échelle de soumission (CATS)	F(10,8) > G(9,0); Anova*		
	Scores moyens aux score total, problèmes intériorisés et problèmes extériorisés (YSR)	G=F		
Domaine 4	L'enfant a été victime d'abus physique	G=F (g47%=f48%); Khi-2		
	L'enfant a été victime d'abus psychologique	G=F (g29%=f39%); Khi-2		
Domaine 4	A été victime d'abus sexuel	F(93%) > G(78%); Khi-2*	G=F; Test U	
	Nombre d'abuseurs sexuels	G(?)=F(?)	G=F; Test U	

Domaine 1 : Les facteurs individuels prédisposant aux problèmes de comportement

Domaine 3 : Pratiques parentales coercitives

Domaine 4 : Perturbation du développement psychosexuel

* : différence significative

Tableau 4
Comparaison des comportements sexuels (CS) selon l'âge

Types de CS	Sous-types de CS	Variables comparées selon l'âge	Bonner <i>et al.</i> (1999)	Burton <i>et al.</i> (1997)	Gray <i>et al.</i> (1999)	Hall <i>et al.</i> (1998)	Hall <i>et al.</i> (2002)
Interpersonnels	Avec agressivité/coercition	Planifiés avec coercition					Ø diff.
		Comportements sexuels agressifs	vieux > jeunes (anova)*				
		Interpersonnels et autodirigés				Ø diff.	
	Sans agressivité/coercition	Non planifiés					Ø diff.
		Planifiés sans coercition					Ø diff.
		Comportements sexuels intrusifs	Ø diff.				
Autodirigés		Masturbation et intérêts problématiques pour la sexualité				Ø diff.	
		Inappropriés (masturbation, intérêts/préoccupation, exhibitionnisme, gestuelle sexualisée)	Ø diff.				
Autres caractéristiques des comportements sexuels		L'enfant perçoit ses CS comme étant normaux		0-6 ans > 7-12 ans; test U*			
		% d'enfants se trouvant dans la zone clinique (problèmes sexuel; CBCL)			6-9ans(70%)=10-12ans(55%); Khi-2		
		Score moyen à l'échelle de problèmes sexuels (CBCL)			6-9ans(69,9) > 10-12ans(65,3) (seuil :70); Anova*		
		Nb de comportements sexuels différents		Ø diff.			
		Score total au CSBI-3			6-9ans (.50) = 10-12ans (.39)		
		Nb de victimes des CSP de l'enfant		0-6 ans < 7-12 ans; test U*			

* : différence significative

Tableau 5
Comparaison des comportements sexuels (CS) selon le sexe

Types de CS	Sous-types de CS	Variables comparées selon le sexe	Burton 1997	Pithers, 1998	Gray, 1999	Bonner, 1999	Hall, 1998	Hall, 2002	Szanto, 2012
Interpersonnels	Avec agressivité/coercition	Planifiés avec coercition						Ø diff.	
		Comportements sexuels agressifs		G (91%); Khi-2		G (31,8%) > F (11,4%)			G (2,3%) > F (0,5%)
		Comportements sexuels réactifs/agressifs							G (1,8%) > F (0,7%)
		Interpersonnels et autodirigés					Ø diff.		
		Pénétration		35% du gr. 5					
	Sans agressivité/coercition	Non planifiés						Ø diff.	
		Planifiés sans coercition						Ø diff.	
		Comportements sexuels réactifs							F (6,3%) > G (2,4%)
		Comportements sexuels intrusifs				G (19,4%) = F (17,4%)			
Autodirigés		Masturbation et intérêts problématiques pour la sexualité						Ø diff.	
		Inappropriés (masturbation, intérêts/préoccupation, exhibitionnisme, gestuelle sexualisée)				G (11,4%) = F (8,5%)			
		Problème avec la sexualité							Ø diff.
Autres caractéristiques des CSP		L'enfant perçoit des CS comme étant normaux	Ø diff.						
		Nb de comportements sexuels différents	Ø diff.						
		Âge au moment où le premier CSP a été découvert	F plus jeunes (?)	(gr.5) M 8,52 ans					
		Score moyen à l'échelle de problèmes sexuels (CBCL)				G=F			
		Score total au CSBI-3		(gr.4) M 0,71		F(,56) > G(,39)			
		Laps de temps entre l'abus vécu par l'enfant et la manifestation de ses CSP		(gr.4) M 3,85 ans					
		Nb de victimes des CSP de l'enfant	Ø diff.	(gr.2) M 2,96 victimes					
		Groupe 4 « briseurs de règles »		F (42%)					
		Groupe 2 « réactifs à un abus »		G (96%) > F (4%)					
Tests statistiques :			U test		Anova	Khi deux	?	?	Khi deux

Gr.2 : Réactifs à l'abus, Gr.4 : briseurs de règles, Gr.5 : sexuellement agressifs

G : garçons F : filles

Tableau 6
Description démographique des familles

Type de famille de l'enfant		Nombre d'enfants dans la famille $\bar{x} = 3,3$ (2)	
F. d'origine	11,3%	1	12,4%
F. monoparentale	23,7%	2	30,9%
F. recomposée	20,6%	3	18,6%
F. d'accueil ou autre	44,3%	4 ou 5	26,8%
		6 et plus	11,4%
Âge de la mère (23 à 67 ans)		Identification de la mère	
23 à 29 ans	19,3%	Mère biologique	62,9%
30 à 39 ans	38,2%	Mère d'accueil	20,6%
40 à 49 ans	16,4%	Belle-mère	4,1%
50 à 67 ans	14,4%	Grand-mère	5,2%
		Autre	2,1%
Occupation de la mère		Niveau de scolarité de la mère	
Aux études	7,2%	Études primaires	6,2%
Emploi rémunéré	37,1%	Études secondaires	41,2%
Sans emploi	47,4%	Études collégiales	33,0%
Autre occupation	3,1%	Études supérieures	10,3%
Âge du père (27 à 63 ans)		Identificaiton du père	
27 à 29 ans	9,5%	Père biologique	57,7%
30 à 39 ans	41,9%	Père d'accueil	16,5%
40 à 49 ans	37,8%	Beau-père	3,1%
50 à 63 ans	10,8%	Grand-père	2,1%
		Autre	3,1%
Occupation du père		Niveau de scolarité du père	
Aux études	5,2%	Études primaires	3,1%
Emploi rémunéré	56,7%	Études secondaires	45,4%
Sans emploi	12,4%	Études collégiales	17,5%
Autre occupation	3,1%	Études supérieures	9,3%
Décédé	1,0%		
Revenu annuel brut de la famille		$\bar{x} = 30$ à 39k/an (20k)	
9,9k et moins	8,2%	40 à 49k	8,2%
10 à 19k	17,5%	50 à 59k	8,2%
20 à 29k	11,3%	60 à 69k	6,2%
30 à 39k	11,3%	70k et plus	10,3%
Lien du répondant avec l'enfant			
Mère	46,4%		
Père	9,3%		
Autre membre de la famille	13,4%		
Mère d'accueil	14,4%		
Père d'accueil	1,0%		
Professionnel	15,5%		
Groupe ethnique du parent			
Canadien anglais	13,4%	Amérindien	1,0%
Canadien français	61,9%	Haitien	4,1%
États-Unis	1,0%	Nigérien	1,0%
Latino-Américain	3,1%	Arménien	2,1%
Européen	2,0%		

\bar{x} : moyenne

k: mille

Tableau 7

Description et comparaisons statistiques (khi deux) des facteurs individuels prédisposant aux problèmes de comportement en fonction de l'âge et du sexe de l'enfant

Variable mesurée (instrument de mesure)	Total	Tranche d'âge			Sexe		
		6-9 ans	10-12 ans	χ^2	Filles	Garçons	χ^2
	n = 97	n = 60	n = 37	dl = 1	n = 33	n = 64	dl = 1
	%	%	%		%	%	
Présence de tendances aux troubles mentaux (DI) - zone clinique							
Tendances aux phobies spécifiques	4,5	5,7	2,9	TNV	6,3	3,6	TNV
Tendances à l'anxiété de séparation	10,2	15,1	2,9	TNV	12,5	8,9	TNV
Tendances à l'anxiété généralisée	5,7	9,4	0,0	TNV	9,4	3,6	TNV
Tendances à la dépression, dysthymie	5,7	7,5	2,9	TNV	6,3	5,4	TNV
Tendances à l'opposition, provocation	6,8	7,5	5,7	TNV	9,4	5,4	TNV
Tendances aux problèmes de conduite	10,2	13,2	5,7	TNV	9,4	10,7	TNV
Tendances à l'inattention, hyperactivité, impulsivité	9,1	9,4	8,6	TNV	9,4	8,9	TNV
Tendances à l'extériorisation	14,8	18,9	8,6	1,775	21,9	14,3	TNV
Tendances à l'intériorisation	17,0	22,6	8,6	2,951	21,9	14,3	0,829
Alerte suicide	8,0	7,5	8,6	TNV	6,3	8,9	TNV
Présence de troubles intériorisés et extériorisés (CBCL) - zone clinique							
Trouble de comportement	63,3	60,7	67,6	0,438	54,8	67,8	1,469
Problèmes intériorisés	48,9	46,4	52,9	0,359	38,7	54,2	1,961
Retrait social	20,0	16,1	26,5	1,430	19,4	20,3	0,012
Somatisation	4,4	3,6	5,9	TNV	0,0	6,8	TNV
Anxiété/dépression	32,2	26,8	41,2	2,006	22,6	37,3	2,013
Problèmes extériorisés	68,9	67,9	70,6	0,074	64,5	71,2	0,422
Comportements délinquants	38,9	46,4	26,5	3,546	38,7	39,0	0,001
Comportements agressifs	42,2	46,4	35,3	1,075	38,7	44,1	0,239
Difficultés relationnelles	34,4	39,3	26,5	1,539	38,7	32,2	0,381
Problèmes de pensée	34,4	37,5	29,4	0,613	32,3	35,6	0,100
Problèmes d'attention	24,4	26,8	20,6	0,440	22,6	25,4	0,089
Événements de vie généraux vécus par l'enfant, au cours de l'année (SSI)							
Augmentation des disputes entre les parents	24,4	24,1	25,0	0,008	21,9	25,9	0,177
Séparation/divorce des parents	15,6	19,0	9,4	TNV	15,6	15,5	TNV
Perte d'emploi d'un des parents	16,7	19,0	12,5	0,621	6,3	22,4	3,879*
Difficultés financières de la famille	49,4	43,9	59,4	1,974	43,8	52,6	0,647
Maladie ou accident grave d'un autre membre de la famille	18,9	20,7	15,6	0,345	34,4	10,3	7,773*
Problèmes d'alcool ou de drogues d'un membre de la famille	21,1	12,1	37,5	8,008**	18,8	22,4	0,166
Incarcération d'un des parents ou d'un membre de la famille	7,8	6,9	9,4	TNV	6,3	8,6	TNV

Variable mesurée (instrument de mesure)	Total	Tranche d'âge			Sexe			
		6-9 ans	10-12 ans	χ^2	Filles	Garçons	χ^2	
		n = 97	n = 60	n = 37	dl = 1	n = 33	n = 64	dl = 1
		%	%	%		%	%	
Événements de vie généraux vécus par l'enfant, au cours de l'année (SSI) - suite								
Placement d'un frère ou d'une sœur de l'enfant en famille d'accueil	13,3	10,3	18,8	TNV	12,5	13,8	TNV	
Décès d'un membre de la famille ou d'une personne proche	26,7	22,4	34,4	1,509	25,0	27,6	0,710	
Déménagement de la famille	27,8	34,5	15,6	3,656	25,0	29,3	0,191	
Arrivée d'un nouvel enfant à la maison ou départ d'un enfant	25,6	25,9	25,0	0,008	28,1	24,1	0,172	
Emménagement d'un nouveau conjoint	12,2	12,1	12,5	TNV	12,5	12,1	TNV	
Problèmes de l'enfant à l'école	76,4	78,9	71,9	0,569	74,2	77,6	0,129	
Incendie, vol ou cambriolage, catastrophe naturelle, etc.	8,9	8,6	9,4	0,014	9,4	8,6	TNV	
Autre événement	24,7	19,3	34,4	2,503	22,6	25,9	0,117	
État dissociatif de l'enfant (CDC) - zone clinique								
État de dissociation pathologique	38,9	45,0	28,6	2,509	34,4	41,3	0,424	
Présence d'idéations suicidaires chez l'enfant (K-SADS)								
Présence d'idéations suicidaires actuelles - selon l'enfant	27,1	17,1	41,4	5,074*	15,4	34,1	2,892	
Présence d'idéations suicidaires actuelles - selon le parent	21,9	20,9	23,3	0,060	8,0	29,2	4,303*	
Présence d'idéations suicidaires actuelles - selon l'intervenant	27,0	18,4	40,0	3,564	12,0	36,8	4,723*	
Présence d'idéations suicidaires par le passé - selon l'enfant	22,8	15,6	32,0	2,138	5,0	32,4	TNV	
Présence d'idéations suicidaires par le passé - selon le parent	31,7	25,7	40,0	1,375	11,1	40,5	5,021*	
Présence d'idéations suicidaires par le passé - selon l'intervenant	27,6	18,2	40,0	3,39	9,5	37,8	5,376*	
Présence d'un moyen pour passer à l'acte de suicide - selon l'enfant	25,0	37,5	16,7	TNV	33,3	23,5	TNV	
Présence d'un moyen pour passer à l'acte de suicide - selon le parent	15,0	33,3	0,0	TNV	0,0	16,7	TNV	
Présence d'un moyen pour passer à l'acte de suicide - selon l'intervenant	26,7	40,0	20,0	TNV	50,0	23,1	TNV	

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

dl: degré de liberté

TNV: test non valide (une cellule ou plus a un effectif inférieur à 5)

Tableau 8

Description et comparaisons statistiques (test U et test t) des facteurs individuels prédisposant aux problèmes de comportement en fonction de l'âge et du sexe de l'enfant

Variable mesurée (instrument de mesure)	Total	Tranche d'âge			Sexe		
		6-9 ans	10-12 ans		Filles	Garçons	
	n = 97	n = 60	n = 37		n = 33	n = 64	
Test U de Mann Whitney	<i>M (é.t.)</i>	<i>Mdn</i>	<i>Mdn</i>	<i>U</i>	<i>Mdn</i>	<i>Mdn</i>	<i>U</i>
L'intensité des symptômes de dépression chez l'enfant (CDI)							
Niveau de dépression (rang centile)	57,2 (23,8)	49,1	36,9	656,0*	48,9	42,1	748,5
Événements de vie généraux vécus par l'enfant, au cours de l'année (SSI)							
Nombre d'événements généraux vécus par l'enfant	3,7 (2,1)	43,9	48,5	832,5	43,2	46,8	855,0
Stress lié aux événements généraux vécus par l'enfant	5,3 (3,3)	43,3	49,5	801,0	44,1	46,3	882,0
Échelle de fonctionnement global dérivée du DSM-IV							
Niveau de fonctionnement actuel de l'enfant	64,5 (18,2)	45,9	47,5	961,5	48,8	45,4	875,5
Niveau d'estime de soi (SPPC)							
Estime de soi global	19,4 (3,8)	44,4	43,3	878,0	51,7	39,7	629,0*
Test t	<i>M (é.t.)</i>	<i>M (é.t.)</i>	<i>M (é.t.)</i>	<i>F</i>	<i>M (é.t.)</i>	<i>M (é.t.)</i>	<i>F</i>
Échelle de fonctionnement global dérivée du DSM-IV							
Niveau de fonctionnement de l'enfant avant CSP	61,8 (22,5)	63,0 (23,8)	59,7 (20,4)	0,578	63,0 (27,2)	61,1 (19,9)	5,395

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Mdn: médiane; *M*: moyenne; (é.t.): (écart type)

Tableau 9

Description et comparaisons statistiques (khi deux et test U) des stressseurs affectant la capacité des parents à fournir des soins optimaux à leur enfant, en fonction de l'âge et du sexe de l'enfant

Variable mesurée (instrument de mesure)	Total		Tranche d'âge		Sexe			
			6-9 ans	10-12 ans	Filles		Garçons	
		n = 97	n = 60	n = 37	n = 33	n = 64		
Test de khi deux (dl = 1)	M (é.t.)	%	%	%	X ²	%	%	X ²
Violence rapportée et vécue par le parent répondant durant l'année (CTS2)								
Violence conjugale	1,3 (2,0)	59,7	56,8	66,7	0,515	63,6	57,5	0,222
Violence psychologique	1,9 (2,6)	59,7	56,8	66,7	0,515	63,6	57,5	0,222
Violence psychologique mineure	2,8 (3,5)	59,7	56,8	66,7	0,515	63,6	57,5	0,222
Violence psychologique sévère	0,7 (2,1)	16,1	15,9	16,7	TNV	18,2	15,0	TNV
Violence physique	0,4 (1,6)	11,3	11,4	11,1	TNV	13,6	10,0	TNV
Violence physique mineure	0,5 (1,9)	11,3	11,4	11,1	TNV	13,6	10,0	TNV
Violence physique sévère	0,2 (1,5)	3,2	2,3	5,6	TNV	0,0	5,0	TNV
Violence rapportée et vécue par le parent répondant au cours de la vie (CTS2)								
Violence conjugale		78,8	80,0	76,0	0,164	82,1	76,9	0,296
Violence psychologique		77,5	78,2	76,0	0,047	82,1	75,0	0,533
Violence psychologique mineure		77,5	78,2	76,0	0,047	82,1	75,0	0,533
Violence psychologique sévère		38,8	40,0	36,0	0,116	39,3	38,5	0,005
Violence physique		37,5	41,8	28,0	1,400	35,7	38,5	0,059
Violence physique mineure		33,8	38,2	24,0	1,546	35,7	32,7	0,074
Violence physique sévère		25,0	25,5	24,0	0,019	21,4	26,9	0,293
Présence de détresse psychologique chez le parent répondant (IDPESQ) - zone clinique								
Détresse psychologique		37,5	41,8	28,0	1,400	28,6	42,3	1,465
Test U de Mann Whitney	M (é.t.)	Mdn	Mdn	U	Mdn	Mdn	U	
Niveaux de détresse psychologique du parent répondant (IDPESQ) - scores bruts								
Détresse psychologique	27,5 (24,5)	44,4	31,9	472,0*	38,4	41,6	669,0	
Dépression	26,8 (34,1)	42,9	35,2	556,0	37,6	42,1	646,0	
Anxiété	35,0 (27,6)	44,9	30,9	447,5*	39,4	40,9	709,5	
Irritabilité	26,7 (24,9)	44,8	31,0	451,0*	41,3	40,1	704,5	
Problèmes cognitifs	20,0 (30,4)	41,5	38,3	632,5	40,9	40,3	718,0	
Événements de vie généraux vécus par le parent, au cours de l'année (SSI)								
Nombre d'événements généraux vécus par le parent	3,5 (2,1)	38,9	42,4	615,5	37,2	41,5	635,5	
Stress lié aux événements généraux vécus par le parent	5,5 (3,8)	39,1	42,0	626,0	37,5	41,4	645,0	

*p < 0,05; **p < 0,01

dl: degré de liberté; Mdn: médiane; M: moyenne; (é.t.): (écart type)

TNV: test non valide (une cellule ou plus a un effectif inférieur à 5)

Tableau 10

Description et comparaisons statistiques (khi deux, test t et test U) des pratiques parentales coercitives, en fonction de l'âge et du sexe de l'enfant

Variable mesurée (instrument de mesure)	Total	Tranche d'âge			Sexe		
		6-9 ans	10-12 ans		Filles	Garçons	
		n = 97	n = 60	n = 37	n = 33	n = 64	
Test de khi deux (dl = 1)	%	%	%	X ²	%	%	X ²
Présence de pratiques éducatives susceptibles d'entraîner des troubles de comportement chez l'enfant (APQ) - zone clinique							
Incohérence disciplinaire	33,8	30,9	40,0	0,635	28,6	36,5	0,517
Supervision parentale déficiente	12,5	12,7	12,0	TNV	0,0	19,2	TNV
Exposition de l'enfant à de la violence conjugale au cours de l'année (CTS2)							
L'enfant est témoin de violence conjugale	37,7	34,9	44,4	0,494	40,9	35,9	0,150
L'enfant est témoin de violence psychologique	37,1	36,4	38,9	0,035	40,9	35,0	0,212
L'enfant est témoin de violence psychologique mineure	37,1	36,4	38,9	0,035	40,9	35,0	0,212
L'enfant est témoin de violence psychologique sévère	8,1	9,1	5,6	TNV	9,1	7,5	TNV
L'enfant est témoin de violence physique	3,3	2,3	5,6	TNV	4,5	2,6	TNV
L'enfant est témoin de violence physique mineure	3,3	2,3	5,6	TNV	4,5	2,6	TNV
L'enfant est témoin de violence physique sévère	0,0	0,0	0,0	TNV	0,0	0,0	TNV
Exposition de l'enfant à de la violence conjugale au cours de la vie (CTS2)							
L'enfant est témoin de violence conjugale	58,7	52,3	73,7	2,510	52,2	62,5	0,642
L'enfant est témoin de violence psychologique	59,7	55,3	70,0	1,257	52,2	63,6	0,825
L'enfant est témoin de violence psychologique mineure	58,1	54,7	66,7	0,882	50,0	62,5	1,083
L'enfant est témoin de violence psychologique sévère	28,4	27,7	30,0	0,038	21,7	31,8	0,755
L'enfant est témoin de violence physique	17,5	13,6	26,3	TNV	13,0	20,0	TNV
L'enfant est témoin de violence physique mineure	15,6	11,1	26,3	TNV	13,0	17,1	TNV
L'enfant est témoin de violence physique sévère	13,8	10,9	21,1	TNV	4,3	19,0	TNV
Formes de maltraitances vécues par l'enfant (K-SADS)							
Victime de maltraitance ¹	69,8	-	-	-	-	-	-
Victime d'abus physique - selon l'enfant	47,7	35,2	68,8	9,074**	46,7	48,2	0,019
V. d'abus physique - selon le parent	47,4	33,3	70,0	9,954**	32,1	56,0	4,097*
V. d'abus physique - selon l'intervenant	38,2	25,0	62,5	9,247**	29,2	43,2	1,292

Variable mesurée (instrument de mesure)	Total n = 97	Tranche d'âge			Sexe		
		6-9 ans n = 60	10-12 ans n = 37		Filles n = 33	Garçons n = 64	
Test de khi deux (dl = 1)	%	%	%	χ^2	%	%	χ^2
Formes de maltraitements vécues par l'enfant (K-SADS) - suite							
Abus psychologique - selon l'enfant	29,2	27,3	32,1	0,196	18,2	34,0	1,850
Abus psychologique - selon le parent	45,6	35,7	61,5	4,317*	36,8	49,0	0,813
A. psychologique - selon l'intervenant	32,3	29,3	37,5	0,469	20,0	37,8	2,001
Négligence - selon l'enfant	27,6	23,4	34,5	1,101	36,0	23,5	1,305
Négligence - selon le parent	46,1	40,8	55,6	1,522	47,8	45,3	0,042
Négligence - selon l'intervenant	39,1	33,3	50,0	1,825	42,9	37,5	0,176
Test t	<i>M (é.t.)</i>	<i>M (é.t.)</i>	<i>M (é.t.)</i>	<i>F</i>	<i>M (é.t.)</i>	<i>M (é.t.)</i>	<i>F</i>
Fréquence des pratiques éducatives susceptibles d'entraîner des troubles de comportement chez l'enfant (APQ) - scores bruts							
Incohérence disciplinaire	2,3 (0,9)	2,3 (0,8)	2,2 (1,0)	2,782	2,2 (1,0)	2,4 (0,8)	1,023
Supervision parentale déficiente	1,5 (0,6)	1,5 (0,7)	1,5 (0,6)	0,210	1,3 (0,3)	1,7 (0,7)	19,020**
Test U de Mann Whitney	<i>M (é.t.)</i>	<i>Mdn</i>	<i>Mdn</i>	<i>U</i>	<i>Mdn</i>	<i>Mdn</i>	<i>U</i>
Fréquence des pratiques punitives (PBAQ) - scores bruts							
Pratiques punitives	12,0 (1,9)	37,8	43,2	570,0	40,5	39,0	660,5

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

dl: degré de liberté; Mdn: médiane; *M*: moyenne; (é.t.): (écart type)

TNV: test non valide (une cellule ou plus a un effectif inférieur à 5)

¹ L'enfant a vécu au moins une forme de maltraitance (physique, psychologique ou négligence) tel que rapporté par au moins un répondant (enfant, parent ou intervenant). Aucun test n'a été réalisé pour cette variable.

Tableau 11

Description et comparaisons statistiques (khi deux et test U) de la perturbation du développement psychosexuel de l'enfant, en fonction de l'âge et du sexe

Variable mesurée	Total	Tranche d'âge		Sexe			
		5-9 ans	10-13 ans	χ^2	Filles	Garçons	χ^2
	$n = 89$	$n = 58$	$n = 31$	dl = 1	$n = 31$	$n = 58$	dl = 1
Test de khi deux (dl = 1)	%	%	%	χ^2	%	%	χ^2
Caractéristiques sexuelles du milieu de vie de l'enfant							
1. A eu dans le passé, ou présentement, accès à du matériel pornographique	24,7	15,6	39,3	5,232*	14,8	30,4	2,234
2. A eu dans le passé, ou présentement, accès à la télévision par câble sans supervision	23,3	18,9	31	1,559	23,3	23,1	0,001
3. A eu dans le passé, ou présentement, accès à internet sans supervision	13,6	7,7	24,1	TNV	6,7	17,6	TNV
4. A eu dans le passé, ou présentement, accès à des objets sexuels	6,6	7,8	4,0	TNV	7,1	6,3	TNV
5. Il y a des personnes qui se promènent nues dans la maison de l'enfant	16,5	17,3	14,8	TNV	27,6	10,0	TNV
6. L'enfant a déjà vu des relations sexuelles	39,0	38,5	40	0,009	53,3	30,8	2,035
7. Au cours des six derniers mois, l'enfant a pris un bain ou une douche avec une autre personne (adulte ou enfant)	28,4	35,8	14,3	4,19	51,6	14,0	13,315*
9. L'enfant partage sa chambre	37,6	44,4	25,8	2,914	46,7	32,7	1,607
10. L'enfant partage son lit	7,1	9,4	3,2	TNV	6,9	7,3	TNV
11. Dort à l'occasion dans le lit de ses parents	40,0	47,2	25,9	3,364	36,7	42,0	0,222
Test U de Mann Whitney	<i>M (é.t.)</i>	<i>Mdn</i>	<i>Mdn</i>	<i>U</i>	<i>Mdn</i>	<i>Mdn</i>	<i>U</i>
Nombre de caractéristiques sexuelles présentent dans le milieu de vie de l'enfant	2,05 (1,5)	45,77	40,81	769,0	52,21	39,46	613,5*

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

dl: degré de liberté; Mdn: médiane; *M*: moyenne; (é.t.): (écart type)

TNV: test non valide (une cellule ou plus a un effectif inférieur à 5)

Note. Le questionnaire n'a pas été complété par 8 sujets, d'où le fait qu'il y a 89 sujets. Le nombre de sujets selon l'âge et le sexe est également changé.

Tableau 12

Description et comparaisons statistiques (test U) des scores obtenus par les enfants aux échelles de sentiment de sécurité du Kerns Security Scale, en fonction de l'âge et du sexe de l'enfant

Instruments de mesure	Total	Tranche d'âge		U	Sexe		U
		6-9 ans	10-12 ans		Filles	Garçons	
		n = 97	n = 60	n = 37	n = 64	n = 33	
		<i>M</i> (é.t.)	<i>Mdn</i>	<i>Mdn</i>	<i>Mdn</i>	<i>Mdn</i>	
Kerns Security Scale - scores bruts							
Sentiment de sécurité envers la mère	30,2 (4,9)	41,9	40,1	772,5	49,5	36,9	540,0*
Sentiment de sécurité envers le père	29,7 (6,5)	33,9	31,2	424,0	34,1	32,4	448,0

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Mdn: médiane; *M*: moyenne; (é.t.): (écart type)

Tableau 13

Proportions d'enfants ayant émis des comportements sexuels au courant de leur vie et comparaisons statistiques en fonction de l'âge et du sexe

Comportements sexuels	Total <i>n</i> = 89*	Tranche d'âge		χ^2 dl=1	Sexe		
		6-9 ans <i>n</i> = 58	10-12 ans <i>n</i> = 31		Filles <i>n</i> = 31	Garçons <i>n</i> = 58	χ^2 dl=1
		%	%		%	%	
Comportements sexuels verbaux	(36,5)	(35,6)	(38,3)		(31,7)	(39,2)	
1. Pose des questions sur la sexualité	37,5	38,6	35,5	0,083	35,5	38,6	0,083
2. Utilise des mots explicites pour décrire des actes sexuels	28,7	30,4	25,8	0,202	16,1	35,7	3,738
3. Parle de sexualité et de sujets à caractère sexuel	40,7	39,3	43,3	0,133	33,3	44,6	1,035
4. Dit qu'il veut se livrer à des activités sexuelles avec des enfants	17,6	14,5	23,3	1,032	10,0	21,8	1,866
5. Possède une compréhension de la sexualité plus grande que celle à laquelle on s'attendrait chez des enfants de son âge	46,3	42,6	53,8	0,894	48,3	45,1	0,75
6. Semble trop intéressé par la sexualité	48,2	48,2	48,3	0,000	46,7	49,1	0,046
Comportements sexuels d'observation	(27,5)	(30,2)	(29,2)		(36,9)	(36,1)	
7. Aime regarder des scènes d'activités sexuelles à la télévision, dans les vidéos ou dans les films	45,8	37,0	62,1	4,763*	55,6	41,1	1,54
8. Veut que ses parents ou d'autres adultes manifestent des comportements sexuels (baisers, caresses, mots d'amour...)	10,8	10,7	11,1	0,003	13,8	9,3	TNV
9. Veut que ses parents ou d'autres adultes cessent de manifester des comportements sexuels (baisers, caresses, mots d'amour...)	21,7	23,2	18,5	0,237	16,7	24,5	0,697
10. Utilise des moyens détournés pour observer les adultes se livrant à une activité sexuelle	17,5	20,4	11,5	TNV	25,0	13,5	TNV
11. Essaie d'observer les autres lorsqu'ils sont à la salle de bain	41,5	50,0	25,0	4,748*	38,3	42,6	0,083
Comportements en lien avec les frontières physiques	(44,3)	(45,4)	(42,4)		(47,3)	(42,7)	
12. Demande aux enfants/adultes de le prendre dans ses bras ou prends d'autres enfants/adultes dans ses bras	49,4	51,7	45,2	0,348	51,6	48,3	0,09
13. Semble être trop facilement porté vers des adultes inconnus	40,9	41,4	40,0	0,16	48,4	36,8	1,107
14. Se tient trop près des gens physiquement	42,7	43,1	41,9	0,011	41,9	43,1	0,011
Comportements liés à la nudité	(23,4)	(27,0)	(19,9)		(26,0)	(27,3)	
15. Montre ses parties génitales aux enfants/adultes	57,5	60,7	51,6	0,676	51,7	60,3	0,588
16. Veut se déshabiller devant les enfants/adultes	39,5	42,9	33,3	0,741	48,3	35,1	1,398
17. Baisse son pantalon, montre ses fesses, son pénis ou sa vulve	44,8	49,1	36,7	1,233	36,7	49,1	1,233
18. Aime se promener en sous-vêtements dans la maison	35,3	35,1	35,7	0,003	31,0	37,5	0,35
19. Aime se promener nu dans la maison	14,1	16,1	10,3	TNV	14,3	14,0	TNV
20. Essaie de déshabiller les autres enfants/adultes	18,8	26,3	3,6	6,357*	20,0	18,2	0,042

Comportements sexuels	Total	Tranche d'âge			Sexe		
		5-9 ans	10-13 ans	χ^2	Filles	Garçons	χ^2
	<i>n</i> = 89*	<i>n</i> = 58	<i>n</i> = 31	dl=1	<i>n</i> = 31	<i>n</i> = 58	dl=1
Comportements liés à la nudité (suite)	%	%	%		%	%	
21. Essaie de voir les sous-vêtements des enfants/adultes	20,0	25,0	10,3	2,565	13,8	23,2	1,06
22. Regarde ou essaie de regarder sous la jupe ou dans le décolleté des filles	17,9	25,9	3,3	6,711*	7,4	22,8	TNV
23. Essaie de voir les enfants/adultes nus	33,3	34,5	30,8	0,113	35,7	32,1	0,109
24. Regarde ou essaie de regarder furtivement les enfants/adultes lorsqu'ils sont dans la salle de bain ou la chambre	45,9	50,9	36,7	1,586	48,3	44,6	0,102
25. Regarde ou essaie de regarder des photos de personnes nues	17,3	9,8	30	5,389*	11,5	20,0	0,884
26. Demande à des enfants/adultes de prendre des photos de ses parties génitales	3,6	3,8	3,2	TNV	0,0	5,4	TNV
27. Veut prendre un bain avec d'autres personnes	20,7	26,8	9,7	3,559	34,5	13,8	5,043*
28. Refuse de prendre un bain avec d'autres personnes	21,3	19,6	24,1	0,227	11,5	25,9	2,171
Touchers sexuels envers soi	(25,4)	(42,0)	(23,0)		(25,0)	(31,8)	
29. Se masturbe quand il est seul	54,3	55,9	50,0	0,124	52,9	55,2	0,022
30. Touche ses parties génitales à la maison, en compagnie d'autres personnes	31,0	39,3	16,1	4,999*	17,2	37,9	3,867*
31. Touche ses parties génitales en public	25,0	33,3	9,7	5,993*	20,0	27,6	0,607
32. Frotte son corps contre les personnes ou les meubles ou d'autres objets	31,0	39,3	16,1	4,999*	31,0	31,0	0
33. Introduit ou essaie d'introduire des objets dans son vagin ou son anus	6,1	1,9	14,3	TNV	3,7	7,3	0,403
34. Introduit/essaie d'introduire son pénis dans des objets	5,0	2,8	8,3	TNV	0,0	5,7	TNV
Touchers dirigés vers les autres	(12,9)	(22,8)	(17,1)		(19,1)	(21,1)	
35. Glisse ou essaie de glisser la main sous les jupes	14,1	21,4	0	TNV	10,3	16,1	TNV
36. Descend ou essaie de descendre les vêtements des enfants	18,1	26,8	0	TNV	16,7	18,9	0,063
37. Frotte les jambes ou les cuisses des enfants/adultes	14,1	13,0	16,1	TNV	13,3	14,5	TNV
38. Aime que les femmes le tiennent contre leur poitrine	16,9	16,7	17,2	TNV	6,9	22,2	TNV
39. Caresse les vêtements/les cheveux des adultes	30,1	29,1	32,1	0,082	16,7	37,7	4,040*
40. Frotte ou essaie de frotter la poitrine des femmes	15,0	15,7	13,8	TNV	11,5	16,7	TNV
41. Touche les parties génitales des enfants/adultes avec ses mains	47,6	49,1	44,8	0,138	43,3	50,0	0,344
42. Embrasse ou essaie d'embrasser les enfants/adultes qui font partie de la famille	28,6	34,0	19,4	2,045	35,7	25,0	1,05
43. Embrasse ou essaie d'embrasser des enfants/adultes qui ne font pas partie de la famille	17,9	24,5	6,5	4,357*	21,4	16,1	0,365
44. Introduit ou essaie d'introduire sa langue dans la bouche des enfants/adultes	17,3	20,8	10,7	TNV	28,6	11,3	TNV

Comportements sexuels	Total <i>n</i> = 89*	Tranche d'âge			Sexe		
		5-9 ans	10-13 ans	χ^2	Filles	Garçons	χ^2
		<i>n</i> = 58	<i>n</i> = 31	df=1	<i>n</i> = 31	<i>n</i> = 58	df=1
Touchers dirigés vers les autres (suite)	%	%	%		%	%	
45. Met ou essaie de mettre sa bouche sur les parties génitales des enfants/adultes	25,9	29,6	19,4	1,084	21,4	28,1	0,432
46. Demande aux enfants/adultes de mettre leur bouche sur ses parties génitales	18,3	20,0	15,4	TNV	12,5	21,3	TNV
47. Introduit ou essaie d'introduire des objets dans le vagin ou l'anus des enfants	11,4	8,7	17,2	TNV	11,1	11,5	TNV
48. Introduit ou essaie de mettre le doigt dans le vagin ou l'anus des enfants	10,1	9,6	11,1	TNV	10,3	10,0	TNV
49. Demande à des enfants/adultes de toucher ses parties génitales	27,5	28,3	25,9	0,051	25,0	28,8	0,135
50. Introduit ou essaie d'introduire son pénis dans la bouche des enfants	16,1	15,2	17,4	TNV	-	-	-
51. Introduit ou essaie d'introduire son pénis dans les parties génitales des enfants	20,7	5,7	43,5	TNV	-	-	-
Comportements à connotation sexuelle	(31,0)	(32,2)	(28,9)		(39,8)	(26,2)	
52. Aime danser comme un adolescent ou un adulte	38,4	41,8	32,3	0,766	53,3	30,4	4,361*
53. Veut porter des vêtements sexy ou s'habiller trop vieux pour son âge	23,0	26,8	16,1	1,28	51,6	7,1	22,289**
54. Adopte un comportement de séduction (gestes, démarches, etc.)	41,9	41,8	41,9	0	50,0	37,5	1,254
55. Émet des sons à connotation sexuelle (soupirs, gémissements, respiration forte, etc.)	27,4	30,9	20,7	0,997	25,0	28,6	0,12
56. Imité des comportements sexuels avec des jouets (fusils, poupées ou d'autres objets, tels que de la nourriture, des bâtons)	27,6	28,6	25,8	0,076	33,3	24,6	0,757
57. Imité des relations sexuelles avec des enfants	27,9	23,2	36,7	1,757	25,8	29,1	0,106
Touchers sexuels impliquant des animaux	(10,3)	(12,0)	(7,0)		(10,6)	(10,1)	
58. Touche ou essaie de toucher les parties génitales des animaux	13,1	14,5	10,3	TNV	13,8	12,7	TNV
59. Se livre ou essaie de se livrer à des activités sexuelles avec des animaux	7,4	9,4	3,6	TNV	7,4	7,4	TNV
Comportements en lien avec l'identité sexuelle	(15,0)	(14,5)	(16,0)		(18,8)	(45,2)	
60. Urine en position assise (garçons)/60. Urine en position debout (filles)	27,2	26,4	28,6	0,043	6,9	38,5	9,376**
61. Garçons s'amuse avec des jouets considérés comme « jouets de filles » ou préfère des activités socialement féminines / Vice versa pour les filles	15,9	15,8	16,1	TNV	34,1	65,9	TNV
62. Dit qu'il ou elle préférerait être du sexe opposé	6,8	7,0	6,5	TNV	0,0	10,3	TNV
63. Aime porter des vêtements du sexe opposé ou se déguiser en personnage de sexe opposé	10,2	8,8	12,9	TNV	34,1	65,9	TNV

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Chiffres entre parenthèses: moyennes des proportions par catégorie de CS. Aucun test statistique n'a été effectué avec ces moyennes.

TNV: test non valide (une cellule ou plus a un effectif inférieur à 5)

Note. Le questionnaire n'a pas été complété par 8 sujets, d'où le fait qu'il y a 89 sujets. Le nombre de sujets selon l'âge et le sexe est également changé.

Tableau 14

Proportions d'enfants dont leurs comportements sexuels (CS) présentent des caractéristiques contextuelles et comparaisons statistiques en fonction de l'âge et du sexe

Caractéristiques des CS	Total	Tranche d'âge			Sexe		
		6-9 ans	10-12 ans	χ^2	Filles	Garçons	χ^2
		<i>n</i> = 89	<i>n</i> = 58	<i>n</i> = 31	dl=1	<i>n</i> = 31	<i>n</i> = 58
		%	%	%	%	%	
1. À des CS avec des enfants plus vieux ou plus jeunes	51,9	47,1	60,0	1,267	33,3	61,1	5,563*
2. À des CS avec des enfants avec qui il ne joue pas régulièrement	13,8	12,0	16,7	TNV	11,1	15,1	TNV
3. Les CS envahissent ses activités quotidiennes	17,5	16,0	20,0	0,208	32,1	14,8	TNV
4. Il agit davantage comme un adulte qu'un enfant par rapport à la sexualité	38,0	34,0	44,8	0,914	51,9	30,8	3,354
5. Il semble différent des enfants de son âge en ce qui concerne la sexualité	51,2	47,2	58,6	0,984	55,2	49,1	0,281
6. Se livre à des CS en dépit des limites claires et fermes des adultes	49,4	53,8	41,9	1,102	59,3	44,6	1,557
7. Se livre à des CS avec un ou des enfants malgré leurs refus	38,2	38,1	38,5	0,001	29,2	43,2	1,292
8. L'enfant semble incapable de cesser par lui-même ses CS	48,7	44,9	55,2	0,77	53,8	46,2	0,411
9. L'enfant se livre à des CS en public après qu'il lui a été dit de ne pas les faire	25,3	30,6	16,7	1,914	16,7	29,1	1,364
10. D'autres enfants se plaignent des CS/du langage de l'enfant	46,2	47,9	43,3	0,156	36,0	50,9	1,526
11. Les CS sont dirigés vers des adultes qui se sentent inconfortables à les recevoir	29,3	33,3	22,6	1,077	38,5	25,0	1,554
12. L'enfant ressent de la peur ou de l'anxiété par rapport à la sexualité ou aux CS	29,3	27,1	33,3	0,326	32,0	28,0	0,129
13. L'enfant ressent de la culpabilité ou de la honte par rapport à la sexualité ou aux CS	39,2	32,7	50,0	2,348	37,0	40,4	0,084
14. L'enfant ressent de la colère par rapport à la sexualité ou aux CS	15,4	17,0	12,9	TNV	15,4	15,4	TNV
15. L'enfant se livre à des CS adultes étendus, persistants et mutuellement réciproques avec des enfants	13,8	11,8	17,2	TNV	11,1	15,1	TNV
16. L'enfant sexualise des choses non sexuelles, des interactions avec autrui, ou des relations	25,0	24,5	25,8	0,018	24,0	25,5	0,019
17. L'enfant se livre à des CS qui causent de la douleur ou un inconfort émotionnel à soi ou aux autres	33,8	30,6	38,7	0,557	38,5	31,5	0,382
18. L'enfant utilise une logique distorsionnée pour justifier les CS (p. ex.: « Elle n'a pas dit « non. » »)	21,8	20,4	24,1	0,149	19,2	23,1	0,150
19. L'enfant utilise un mauvais langage ou est en colère avant, pendant ou après les CS	14,7	14,9	14,3	TNV	8,3	17,6	TNV
20. L'enfant utilise de la force physique avant, pendant ou après les CS	14,5	13,7	16,0	TNV	7,1	18,8	TNV
21. L'enfant utilise la sexualité pour blesser physiquement une autre personne	1,3	2,0	0,0	TNV	0,0	1,9	TNV

22. Utilise de la corruption, de la manipulation, des menaces, de la force ou d'autres moyens coercitifs pour impliquer un autre enfant dans des CS	26,3	27,1	25,0	0,04	26,9	26	0,008
23. À des CS qui deviennent plus fréquents, plus inquiétants et plus intrusif au fil du temps	14,5	10,9	20,0	TNV	13,0	15,1	TNV
24. Manifeste un manque d'empathie ou de préoccupation envers les autres enfants impliqués dans le CS	26,9	25,0	30,0	0,235	12,0	34,0	4,165*
Test U de Mann Withney	Moyenne	Mdn	Mdn	Test U	Mdn	Mdn	Test U
1. Nombre de caractéristiques des comportements sexuels	6,34	41,61	45,42	762,0	40,86	44,11	750,0

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

TNV: test non valide (une cellule ou plus a un effectif inférieur à 5)

dl: degré de liberté; Mdn: médiane; M : moyenne; (é.t.): (écart type)

Le questionnaire n'a pas été complété par 8 sujets, d'où le fait qu'il y a 89 sujets. Le nombre de sujets selon l'âge et le sexe est également changé.